

Miejski Klub Sportowy  
„Kalina-Lublin”  
20-243 Lublin, ul. Kleeberga 12a  
Tel/fax (0 81) 747 26 60

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

#### 1. Forma placówki wycieczki

Obóz Sportowo – szkoleniowy (judo, jujitsu)

#### 2. Adres placówki:

22-232 Okuninka k/Włodawy.”Świtezianka-Pensjonat”  
(FHU “Interimpex”)

#### 3. Czas trwania od 06.07.2008. do 20.07.2008.

Lublin, 27.03.2008.  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis organizatora placówki )

### II. WNIOSEK RODZICÓW ( OPIEKUNÓW ) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

\*(Wypełniać wyraźnie: pismo maszynowe lub odręcznie- drukowane litery)

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia ..... PESEL

3. Adres zamieszkania.....

4. Telefon rodzica, opiekuna:.....

5. Nazwa i adres szkoły.....

..... klasa

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości

1250 zł

słownie:.....zł

.....  
( miejscowość, data, podpis ojca, matki lub opiekuna )

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

( np. Na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary )

1. Czy dziecko było już uczestnikiem wycieczki ( kolonie, obóz )

TAK NIE

2. Czy dziecko uprawia ( lub uprawiało ) jakąś dyscyplinę sportu ( jaką ) ?

TAK NIE

uprawiana dyscyplina sportu :

— .....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (-EM) WSZYSTKIE ZNANE MI  
INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU  
WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE  
WYPOCZYNKU

.....  
( data, podpis matki, ojca lub opiekuna )

### IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
( data )

( podpis wychowawcy )

### V. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH ( lub xero z aktualnej książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień )

Szczepienia ochronne (podać rok); tężec .....

blonnica....., dur .....

inne.....

.....

.....

.....

( data , podpis pielęgniarki )

### VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA PODCZAS POBYTU

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub  
hospitalizacji dziecka.

.....

.....

( miejscowość, data, podpis lekarza lub pielęgniarki )