

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 wypoczynku

Obóz Sportowo – szkoleniowy (judo, jujitsu)

2. Adres placówki:

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

3. Czas trwania od 16-30.08.2008r.

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 wypoczynku (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)