**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO**

 **I. INFORMACJE ORGANIZATORA O OBOZIE**

 1.Forma: **Obóz sportowy**

 2.Adres: Pensjonat API 3, ul. Pardałówka 11, 34-500 Zakopane

 3.Czas trwania wypoczynku **od 5.II.2023 do 11.II.2023**

Kraków, 3.II.2023 r.

 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka organizatora obozu)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. DANE DZIECKA I RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

 1.Imię i nazwisko dziecka ..........................................................................................................

 2.Data urodzenia i pesel .............................................................................................................

 3.Adres zamieszkania .................................................................................................................

 4.Telefon rodziców/ adres email ..................................................................................................

 (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 stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)**

 .......................................................................................................................................................

 .......................................................................................................................................................

 .......................................................................................................................................................

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA.

WYRAŻAM ZGODĘ HOSPITALIZACJĘ DZIECKA W SYTUACJACH ZAGRAŻAJĄCYCH ŻYCIU LUB ZDROWIU.

.................................................................................

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ........,

błonica ........, dur ........., inne ..........

...............................................................................................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNK U** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

......................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

**W razie potrzeby dane do faktury proszę napisać na drugiej stronie karty.**

**W razie płatności POSLKIM BONEM TURSUTYCZNYM proszę napisać na drugiej stronie**

**kod 16 (cyfr/liter).**