

## KARTA ZDROWIA

Oryginał wypełnionej karty prosimy odesłać do biura – faxem: 04 717 33 13 mailem lub pocztą,  
kopię prosimy przekazać kierownikowi w dniu rozpoczęcia turnusu.

### I. Informacje organizatora

Rodzaj imprezy:

Miejsce

Turnus

### II. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na placówkę wypoczynku

Imię i nazwisko:

Adres:

Data urodzenia:

PESEL

Telefon:

Email:

### III. Dane rodziców (opiekunów) uczestnika imprezy

Imię i nazwisko matki (opiekunki): .....

Nazwa zakładu pracy i telefon: .....

Imię i nazwisko ojca (opiekuna): .....

Nazwa zakładu pracy i telefon: .....

### IV. Informacje rodziców/opiekunów o stanie zdrowia dziecka

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel. Szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, urazy kończyn, inne (wymienić jakie)

.....  
.....

2. Przebyte operacje (proszę wymienić jakie i podać rok)

.....

3. Dziecko jest uczulone lub nie może stosować leków (proszę podać nazwę leku, pokarmu itp.)

.....

4. Dziecko stale przyjmuje leki (proszę podać nazwę leku i dawkę)

.....

5. Jak dziecko znosi jazdę autokarem....., pociągiem ....., Czy dziecko nosi okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, inne

.....

6. Inne informacje od rodziców związane z pobytem dziecka na obozie:

.....

7. Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku.

8. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

.....  
Data i podpis opiekunów

### V. Zaświadczenie lekarskie

Po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z informacjami rodziców/opiekunów nt. zdrowia dziecka, stwierdzam brak przeciwwskazań do uczestniczenia w specjalistycznych imprezach i obozach oraz do uprawiania takich zajęć rekreacji ruchowej jak m.in. jazda na quad'ach, gra w paintball.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

