KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA
obozu, kolonii, zimowiska

Agent

w miejscowości.....

w terminie.....

symbol imprezy.....

uwagi .....

imię i nazwisko	data urodzenia	wiek

adres, telefon	nazwa i adres szkoły, klasa
adres, pobytu rodziców w czasie pobytu dziecka na kolonii (tel. kontaktowy)	nr legitymacji szkolnej
	nr paszportu
przynależność do kasy chorych	nr pesel
nazwa i adres zakładu pracy ojca	nazwa i adres zakładu pracy matki

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (podkreślić):omdlenia, częste bóle głowy, bóle stawów, drgawki z utratą przytomności, częste wymioty, zaburzenia równowagi, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, moczenie się, inne:
2. Przebyte choroby (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna ....., dur brzuszny ....., błonnica ....., zapalenie nerek ....., zapalenie wyrostka robaczkowego....., zapalenie ucha....., cukrzycya....., częste anginy....., padaczka....., inne

3. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone:	4. Czy dziecko w ostatnim roku dziecko było w szpitalu (podać powód)
5. Jak dziecko znosi jazdę samochodem:	6. Czy dziecko otrzymywało surowicę:
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:	

Organizator zastrzega sobie prawo do usunięcia uczestnika z powodów dyscyplinarnych (wandalizm, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, itp). W takim przypadku Organizator nie zwraca za niewykorzystane świadczenia. Jednocześnie rodzice ponoszą wszelkie dodatkowe koszty związane z usunięciem uczestnika. Oświadczam, że zapoznałem (am) się i zgłoszonych przeze mnie Uczestników z programem imprezy zawartym w ofercie oraz Warunkami Uczestnictwa w imprezach organizowanych przez Organizator i wyrażam na nie zgodę. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych

....

miejscowość *data* *podpis rodziców*

INFORMACJA PIELĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

wzrost	waga	stan czystości skóry	szczepienia ochronne (podać rok)
			ospa ....., BCG ....., błonnica ....., tężec ....., dur ....., polio .....

....

miejscowość *data* *podpis pielęgniarki*

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)
1. dziecko może być uczestnikiem kolonii, obozu stałego, obozu wędrownego, obozu z nauką jazdy konnej, obozu żeglarskiego, obozu sportowego, obozu rowerowego, (wskazanie, przeciwskazania) ....
2. dziecko nie kwalifikuje się na obóz, kolonie, zimowisko .....
3. wskazany wyjazd na .....

....

miejscowość *data* *pieczątka i podpis lekarza*

OPINIA SZKOŁY (wypełnia wychowawca)

.....

.....

.....

.....

....

miejscowość, data *pieczątka szkoły* *podpis wychowawcy*

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU (zachorowania, urazy, leczenie, stan skóry)

.....

.....

.....

....

miejscowość *data* *podpis*