

ORGANIZATOR: Klub Środowiskowy AZS Katowice

(www.klub.azs.katowice.pl)

ul. Dworcowa 15, 40-012 Katowice, tel. 0-32-2 538 019, fax. 0-32 2 538 946

KIEROWNIK OBOZU: Ryszard Litkowycz – 606 308 881

OBÓZ SPORTOWY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY – KARTA KWALIFIKACYJNA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. Forma placówki wypoczynku – obóz sportowy dla młodzieży.
2. Adres placówki – Kwatery „Do Gazdy” 43-470 Istebna 775,
tel. 0-33-855 63 45 – Maria Marekwica.

Katowice, dn. 6.05.19r.

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzeniatel.
3. Adres zamieszkania
4. Nr PESEL dziecka.....
5. Nazwa Kasy Chorych.....
6. Nazwa i adres szkoły
7. Adres rodziców /opiekunów/ w czasie pobytu dziecka na obozie –
kontakt.....
.....telefon.....
8. Telefon służbowy matkiojca
9. Zobowiązuję się do uiszczenia określonej opłaty za pobyt dziecka na obozie
sportowym w wysokości..... zł.
Słownie.....

Zgodnie z art. 93,97,146 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego wyrażamy zgodę na sprawowanie opieki nad naszym dzieckiem w okresie pobytu przez osobę posiadającą odpowiednie przygotowanie zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dn. 21.01.1997r. oraz Zarządzeniem Nr 18 MEN z dn. 29.09.1997r. poz. 40

Jednocześnie oświadczamy, iż stan zdrowia naszego dziecka pozwala na udział w w/w imprezie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis ojca, matki /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 ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
miejsowość, data

.....
podpis ojca, matki /opiekuna/

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur
..... inne.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokościsłownie.....
.....

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na obozie sportowym w Istebnej 24.08.2019

.....
(data)

.....
(podpis)

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniach itp.)

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

(Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji)

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

.....
(podpis trenera, opiekuna)