

**ORGANIZATOR: Klub Środowiskowy AZS Katowice**  
**([www.klub.azs.katowice.pl](http://www.klub.azs.katowice.pl))**  
**ul. Dworcowa 15, 40-012 Katowice, tel. 509 710 141, 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 dzieci i 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 urodzenia .....tel. ....
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 matki .....ojca .....
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 wysokości .....słownie.....  
.....

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na obozie sportowym w Istebnej od dnia .....do dnia .....

.....  
(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)