

KARTA KWALIFIKACYJNA NA OBÓZ

1. Miejsce i termin Obozu Szermierczego.

Kompleks Wypoczynkowy „Szarłota”, Szarłota 11, 83-400 Kościerzyna, tel. (58) 686-42-91,
Termin: 26.06.2026 – 05.07.2026

2. Organizator: UKS GDAŃSKA SZKOŁA SZERMIERKI

Kierownik obozu – Konrad Pietrusiak, kontakt: 693-348-636

Organizator obozu – UKS GSS, kontakt: uksgss@gmail.com, 733-871-129

3. Dane Uczestnika: Nazwisko i Imię.....

PESEL: Data urodzenia

Telefon kontaktowy rodziców w czasie obozu

*

*

3. Informacje o zdrowiu:

Przebyte choroby:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> odra | <input type="checkbox"/> ospa wietrzna | <input type="checkbox"/> Inne: |
| <input type="checkbox"/> świnka | <input type="checkbox"/> szkarlatyna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> żółtaczkazakaźna | <input type="checkbox"/> różyczka | <input type="checkbox"/> |

U dziecka występowały lub występują:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> utraty przytomności | <input type="checkbox"/> katar lub kaszel alergiczny | <input type="checkbox"/> Inne: nocne moczenie |
| <input type="checkbox"/> bóle głowy i migreny | <input type="checkbox"/> krwawienie z nosa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> choroba lokomocyjna | <input type="checkbox"/> arachnofobia (lęk przed owadami) | <input type="checkbox"/> |

Czynniki na które dziecko jest uczulone oraz informacje jakie opiekunowie powinni wiedzieć
dziecku

.....
.....

4. Proszę o wystawienie noty obciążeniowej:

Nabywca.....

Adres:.....

NIP:.....

**Organizator może nie zakwalifikować uczestnika w przypadku braku
możliwości sprawowania prawidłowej opieki nad nim w czasie trwania obozu.**

Termin przyjazdu (we własnym zakresie) do KW „Szarłota”, 26.06.2026 godz. 17:00

Termin wyjazdu (we własnym zakresie) z KW „Szarłota” , 05.07.2026 , godz. 10:00

.....
Podpis rodzica/opiekuna

.....
Podpis rodzica/opiekuna

.....
/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE, PODAWANIE LEKÓW ORAZ POMIAR TEMPERATURY

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia
mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
nr PESEL

przebywającego(ej) na obozie wyrażam zgodę na badania, leczenie ambulatoryjne
i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych, na podawanie przez kadrę obozu leków
przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków
farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.
Każda wyżej wymieniona czynność w miarę możliwości będzie ustalana telefonicznie
z rodzicami/opiekunami.

Jednocześnie oświadczam, że :

- Dziecko jest zdrowe w dniu wyjazdu, nie występują u niego objawy chorobowe
- Zobowiązuje się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku
w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona
temperatura, kaszel, katar, duszności)

.....
Data

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)