

KARTA OBOZOWA**1. MIEJSCE I TERMIN**

Powiatowa Bursa Szkoła Człuchów, ul. Koszalińska 2A, 77-300 Człuchów

TERMIN: 9-16.07.2026

2. ORGANIZATOR

Uczniowski Klub Sportowy Gdańska Szkoła Siermierzki, ul. VII Dwór 7, 80-301 Gdańsk

Dane kontaktowe: uksgss@gmail.com

3. ODPLATNOŚĆ

Opłata za obóz wynosi: 1.950 zł

Termin wpłat: 31.05.2026

Płatności w SPORTBM

4. NOTA OBCIĄŻENIOWA

Proszę o wystawienie noty obciążeniowej: TAK/NIE*

Dane do wystawienia noty

Nabywca:

Adres:

NIP:

5. DANE UCZESTNIKA

Nazwisko i imię:

PESEL:

Wzrost:

Rozmiar koszulki:

Data i miejsce ur:

Adres e-mail opiekuna:

Tel. kontaktowy do opiekuna:

6. INFORMACJE O ZDROWIU/DIETY POKARMOWE:

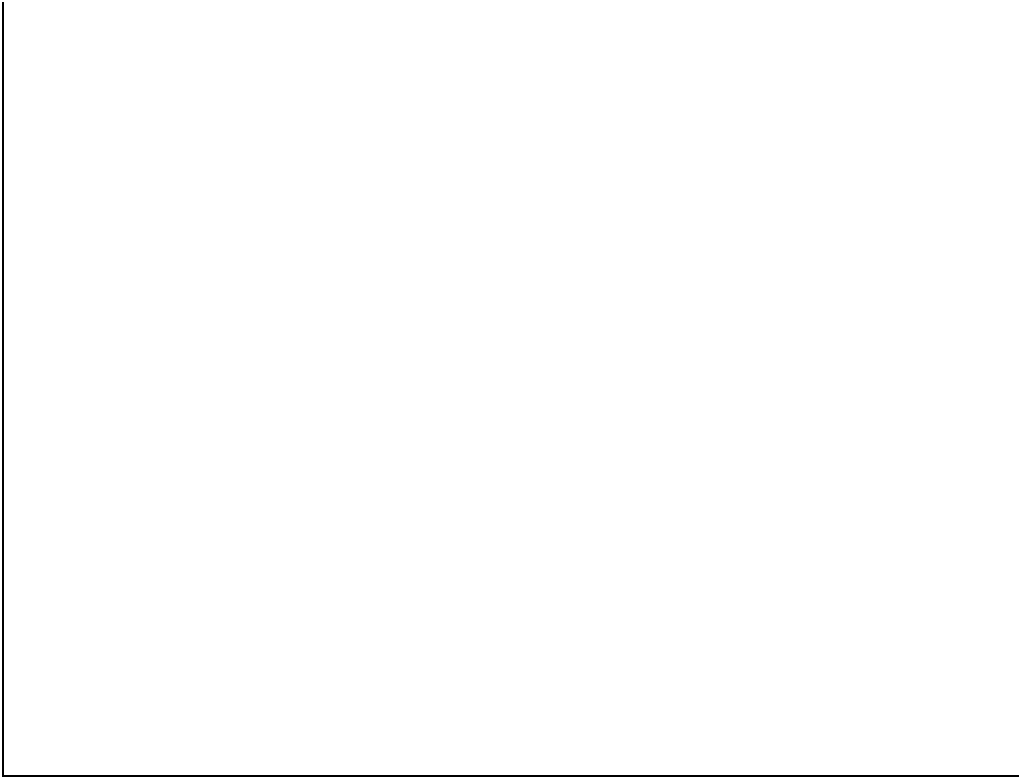
Przebyte choroby:

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> odra | <input type="checkbox"/> ospa wietrzna | <input type="checkbox"/> COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> świnka | <input type="checkbox"/> szkarlatyna | |
| <input type="checkbox"/> żółtaczkę zakaźną | <input type="checkbox"/> różyczka | |

U dziecka występowały lub występują:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> utraty przytomności | <input type="checkbox"/> katar lub kaszel alergiczny | <input type="checkbox"/> nocne moczenie |
| <input type="checkbox"/> bóle głowy/migreny | <input type="checkbox"/> krwawienie z nosa | |
| <input type="checkbox"/> chroba lokomocyjna | <input type="checkbox"/> arachnofobia | |

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



.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

**niewłaściwe skreślić*

.....
/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)