

# KARTA KWALIFIKACYJNA NA OBÓZ

## 1. Miejsce i termin Obozu Szermierczego.

Kompleks Wypoczynkowy „Szarłota”, Szarłota 11, 83-400 Kościerzyna, tel. (58) 686-42-91,  
Termin: 19-29.06.2024

## 2. Organizator: UKS GDAŃSKA SZKOŁA SZERMIERKI

Kierownik wyjazdu – Sylwia Dębicka 600 377 999

Organizator obozu – Konrad Pietrusiak 693 348 636/Grzegorz Skoczko 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 faktury:

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”, 19.06.2024 godz. 15<sup>00</sup>**

**Termin wyjazdu ( we własnym zakresie ) z KW „Szarłota”, 29.06.2024 , godz. 10<sup>00</sup>**

.....  
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)