

## VI. ORZECZENIE LEKARSKIE.

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie) .....

2. Dziecko może być / nie może być\* uczestnikiem obozu.

3. Zalecenia dla:

- wychowawcy .....

- służby zdrowia .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* właściwe podkreślić

## VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki obozu)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU



### I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU

1. Rodzaj placówki obozu:

CW „Carmen”

2. Adres placówki:

58-540 Karpacz, ul. Armii Krajowej 3

3. Czas trwania obozu od **12.01.2013** do **22.01.2013**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć organizatora)

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O ZGŁOSZENIE DZIECKA NA OBÓZ.

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia ..... PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

4. Telefon .....

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie .....

..... telefon .....

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów uczestnictwa dziecka w obozie.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

### III. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE.

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

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis wychowawcy - instruktora)

### IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE.

Dziecko przebywało na .....  
(pieczęć adresowa placówki obozu)

od dnia ..... do dnia .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis kierownika placówki)

### V. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA.

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia): odra....., świnka.....,  
ospa wietrzna....., różyczka....., szkarlatyna....., żółtaczka  
zakaźna....., choroby nerek (jakie?) .....,  
padaczka....., inne choroby.....  
.....
3. Dziecko jest uczulone: tak, nie (podać na co, np. rodzaj pokarmu, nazwa leku)  
.....
4. Dziecko zażywa stale leki: jakie? .....
5. Inne uwagi o zdrowiu dziecka .....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operacje.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE  
O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ  
OPIEKI W CZASIE POBYTU NA OBOZIE.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna)