

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:

Ośrodek Wypoczynkowo-Szkoleniowy „Carmen”

2. Adres placówki:

58-540 Karpacz, ul. Armii Krajowej 3

3. Czas trwania obozu od **1.02.2014** do **11.02.2014**

.....
(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....., żółtaczk
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)