

Karta uczestnika obozu sportowego w Centrum Wypoczynku ODYS w Tresnej k/Żywca,
organizowanego przez
Warszawskie Towarzystwo Gimnastyczne - Klub Sportowy

I. Dane osobowe uczestnika:

1. Imię i Nazwisko uczestnika:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....

3. Adres zamieszkania, telefon:

.....

.....

4. Nazwa i adres szkoły:

5. Nr legitymacji szkolnej:..... Nr PESEL:

II. Wniosek rodziców (opiekunów) o zakwalifikowanie dziecka na obóz:

1. Imiona, nazwiska, adres rodziców (opiekunów)

.....

.....

2. Telefony kontaktowe do rodziców (opiekunów) stacjonarny oraz komórkowe:

.....

3. Proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka na obóz sportowy, organizowany przez :

Warszawskie Towarzystwo Gimnastyczne - Klub Sportowy, w terminie:

17.08.2017 - 31.08.2017, / 17.08.2017 – 24.08.2017, / 24.08.2017 – 31.08.2017 *

oraz zobowiązuję się do uiszczenia łącznej odpłatności w kwocie:

14 dni - 1850zł. / 14 dni (drugie i kolejne dziecko) – 1450zł. / 7 dni - 925zł.*

do dnia 30.05.2017r.

4. Wpłaty należy dokonywać w formie przelewu na rachunek organizatora: Warszawskie

Towarzystwo Gimnastyczne - Klub Sportowy, ul. Zwycięzców 7/9, 03-936 Warszawa,

nr rachunku bankowego:

50 1090 1043 0000 0001 2368 8337

5. Jednocześnie oświadczam, że znam i akceptuję regulamin obozu.

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

III. Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku:

1. Przebyte choroby (proszę podać w którym roku życia): odra....., ospa....., różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczką zakaźną....., choroby nerek (jakie?)....., astma....., padaczka....., choroba reumatyczna....., inne choroby
2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie * : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkanie i inne
3. Czy dziecko jest alergikiem: TAK/NIE * (jeśli tak to proszę podać na jakie alergeny jest uczulone)
4. Czy dziecko zażywa stale leki (jeśli tak proszę podać jakie?)
5. Inne istotne informacje o stanie zdrowia i zachowaniu dziecka, niezbędne dla zapewnienia mu właściwej opieki:

IV. Informacja pielęgniarki szkolnej lub lekarza rodzinnego odnośnie szczepień:

1. szczepienia przeciw tężcowi: data wszystkich szczepień oraz ostatniego:

.....
.....

2. Inne szczepienia (proszę podać rok): tężec:....., błonica:....., dur.....,
inne.....

3. Inne uwagi o stanie zdrowia

dziecka:.....
.....
.....

.....

(data)

.....

(podpis)

**Oświadczam, że podałam/em/ wszystkie znane mi informacje o dziecku,
które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie.**

**W razie zagrożenia zdrowia i życia zgadzam się na jego leczenie, leczenie
szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.**

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

* - niepotrzebne skreślić.