



Oryginał karty (2 strony) wypełniony i podpisany należy przesłać na adres: Dorota Falkowska ul. F. Kawy 46/32, 01-496 Warszawa

## I. MIEJSCE I TERMIN OBOZU/KOLONII

1. Miejsce imprezy.....
2. Nazwa Imprezy.....
3. Kod Imprezy ..... Termin .....

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....
3. PESEL..... (wyłącznie do informacji służb medycznych)
4. Adres zamieszkania dziecka.....
5. Imię i nazwisko matki/opiekunki.....tel.....
6. Imię i nazwisko ojca/opiekuna.....tel.....
7. Tel. kontaktowy rodziców / opiekunów w trakcie obozu.....
8. Adres e-mail rodziców / opiekunów dziecka .....@.....

Rozmiar koszulki:

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 122-128                  | 134-140                  | 146-152                  | S                        | M                        | L                        | XL                       |

## OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na wyjazd mojego syna / mojej córki i jego/ jej udział we wszystkich zajęciach rekreacji ruchowej, wycieczkach turystycznych i innych przewidzianych programem zajęciach
2. Syn (córka) będzie przestrzegał (a) Regulaminu Kolonii / Obozu Młodzieżowego
3. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
4. W przypadku naruszenia regulaminu kolonii/obozu, a w szczególności wandalizmu, umyślnej dewastacji ośrodka, spożywania alkoholu, palenia papierosów, posiadania i używania narkotyków oraz samowolnego opuszczania ośrodka **Uczestnik może być wydalony z kolonii/obozu na koszt własny**. W takim przypadku uczestnikowi nie będzie przysługiwał zwrot niewykorzystanych świadczeń, natomiast kosztami strat, transportu oraz opieki w czasie podróży zostaną obciążeni rodzice.
5. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne\*, zabiegi diagnostyczne\*, operacje\*.
6. W razie konieczności, wyrażam zgodę na przewóz dziecka samochodem osobowym (np. przewóz do przychodni lub szpitala).
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby PROMYK Sport & Relax i otrzymywanie ofert\* zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

\*- niepotrzebne skreślić

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

Brak podpisów, niewypełnienie lub niedostarczenie karty kwalifikacyjnej może spowodować niedopuszczenie dziecka do zajęć, a nawet odesłanie z obozu na koszt rodziców (opiekunów) z przyczyn niezawinionych przez Organizatora.

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

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Alergeny.....  
Objawy alergii.....
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Symptomy.....
3. Czy dziecko obecnie jest diagnozowane? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
W kierunku jakiej choroby?.....
4. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Kiedy i z jakiego powodu.....
5. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Przyczyna.....
6. Informacja o szczepieniach ochronnych (podać rok): tężec:..... błonica:.....  
dur:..... inne:.....
7. Inne ważne informacje na temat zdrowia dziecka  
.....

.....  
**Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

### UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKARSTW

Upoważniam kadrę pedagogiczną obozu/kolonii\* do podawania leku/lekarstw\* synowi/córcie\* w konkretnych sytuacjach, określonej formie i sposobie dawkowania, zgodnie z instrukcją podaną przez lekarza rodzinnego lub specjalistę. Znam skutki uboczne i niepożądane z podawania leku, zamieszczone na ulotce informacyjnej i dołączonej do leku.

1. Nazwa leku..... Dawkowanie.....
2. Nazwa leku.....Dawkowanie.....

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/zgody na podawanie leków doraźnych m.in. przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwbiegunkowych.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(data)

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

### IV. UWAGI WYCHOWACY LUB KIEROWNIKA O POBYCIE DZIECKA NA OBOZIE

Uczestnik przebywał pod adresem wymienionym w punkcie I.1. karty kwalifikacyjnej

- w terminie wymienionym w punkcie I.3. karty kwalifikacyjnej  
 w innym terminie (od dnia .....do dnia.....)

Stan zdrowia uczestnika wycieczki w czasie trwania turnusu

- zgodnie z zapisami z zeszytu porad i zabiegów prowadzonego dla turnusu  
 inne.....

Informacje i uwagi dotyczące uczestnika wycieczki

- bez zastrzeżeń  
 dodatkowe informacje: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis kierownika lub wychowawcy wycieczki)