

Załącznik nr 3

**I. INFORMACJE O OBOZIE**

1. Nazwa obozu: .....
2. Termin obozu: .....

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko uczestnika: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Data urodzenia:..... Pesel: .....
4. Imiona i nazwiska rodziców .....
5. Numery telefonów:  
Uczestnika (jeśli posiada) .....
- Ojciec .....
- Matka .....
- lub Opiekun prawny .....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (jeśli jest inny niż Uczestnika obozu

.....

**III. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym**

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

**IV. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH OCHRONNYCH (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z**

aktualnym wpisem szczepień):

tężec .....

błonica .....

dur .....

ospa .....

inne .....

**V. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA**

- 1) **Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka:** omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa. ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, urazy kończyn, inne (wymienić jakie:

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

- 2) **Przebyte poważne choroby**

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

- 3) **Uczulenia** (proszę wymienić jakie, np. zwierzęta, leki)

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

- 4) **Leki** ( Rodzice, którzy chcieliby, aby dziecko stałe przyjmowało jakiegokolwiek leki w trakcie trwania obozu zobowiązani są przedłożyć organizatorowi wypoczynku zaświadczenie lekarskie zawierające następujące informacje: nazwa leku, sposób i ilość dawkowania leku, postępowanie w razie nasilenia objawów choroby.

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

- 5) **Diety i uczulenia pokarmowe** (proszę wymienić spośród: wegetarianizm, weganizm, dieta bezglutenowa, dieta bezlaktozowa, dieta bezmleczna, inne). W przypadku uczuleń pokarmowych proszę o wskazanie pokarmów i produktów

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

6) Inne

- jak znosi jazdę samochodem, autokarem?

- czy aparat ortodontyczny lub okulary?

7) Zgody:

Wyrażam zgodę na zastosowanie ogólnodostępnych leków o działaniu objawowym sprzedawanych bez recepty lekarskiej np. leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, przeciwbiegunkowe, odkażające jamę ustną, krople o działaniu miejscowym, bandaże i opatrunki, maści itp.

Wyrażam zgodę na dokonanie przeglądu czystości skóry głowy dziecka i w razie konieczności na zastosowanie dostępnych w aptekach preparatów likwidujących pasożyty.

W przypadku konieczności sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z powodu zachorowania, bądź konieczności umieszczenia go szpitalu zobowiązuję się do przejęcia opieki nad dzieckiem w ciągu 24 godzin.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w zajęciach sportowo ruchowych, w tym: jazda na rowerze, jazda na quadzie, paintball, wspinaczka, zajęcia linowe, pływanie, pływanie na kajakach, sportowe gry zespołowe)

.....  
data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. późn. 2135, z późn. zm)).**

.....  
data i podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki

**VI. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNEKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNEKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNEKU**

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek/odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu\*

.....

\*skreślić odpowiednie

.....  
data i podpis organizatora wypoczyneku

**VII. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNEKU POBYTU UCZESTNIKA W MIEJSCU WYPOCZYNEKU**

Uczestnik ..... przebywał od dnia ..... do dnia na obozie w

.....  
adres miejsca wypoczyneku

.....  
data i podpis kierownika wypoczyneku

**VIII. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNEKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNEKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNEKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....  
.....

.....  
data i podpis kierownika wypoczyneku

**IX. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNEKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNEKU**

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

.....  
data i podpis wychowawcy wypoczyneku