



Karta Kwalifikacyjna Uczestnika wyjazdu ProFUN

I INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Nazwa imprezy:
2. Miejsce imprezy:
3. Termin:

II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK:

1. Imię i nazwisko uczestnika:
 2. Data i miejsce urodzenia:
 3. PESEL: 4. Nr paszportu*
 5. Adres do korespondencji:
 6. Adres zameldowania:
 7. Adres rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na wyjeździe:
.....
 8. Nazwa i adres szkoły: Klasa:
 9. Imię i nazwisko matki/opiekuna: 10. Tel:
 11. Imię i nazwisko ojca/opiekuna: 12. Tel:
 13. Tel kontaktowy w trakcie wyjazdu:
- * w przypadku wyjazdu za granicę

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka na wyżej wymienionych półkoloniach, a także jego udział we wszystkich zajęciach przewidzianych w programie imprezy. Przyjmuję do wiadomości i w pełni akceptuję, że:

- Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu obozu i stosować się do poleceń instruktorów/wychowawców,
- Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i cenne, które Uczestnik powinien przekazać do depozytu instruktorom/wychowawcom,
- jeśli Organizator stwierdzi u Uczestnika posiadanie, spożywanie i używanie alkoholu, tytoniu, narkotyków lub środków odurzających, ma prawo do wydalenia Uczestnika z wyjazdu na koszt Rodziców/Opiekunów; w takich przypadkach Organizator nie zwraca kwoty za niewykorzystany pobyt,
- za szkody materialne wyrządzone przez dziecko odpowiedzialność cywilno-prawną przyjmują Rodzice/Opiekunowie, - podane przeze mnie dane są prawdziwe, - niniejsze warunki stanowią integralną część umowy zawartej z ProFUN,

.....
Miejscowość data

.....
podpis rodzica/opiekuna

III. INFORMACJE O SZCZEPIENIACH i przebytych chorobach zakaźnych (na podstawie książeczki zdrowia)
.....
.....
.....

Podpis pielęgniarki/lekarza lub rodzica/opiekuna Jeśli istnieje taka możliwość, prosimy o kserokopię karty szczepień

IV. INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Choroby przewlekłe lub inne:
.....
.....
.....
2. Uczulenia na pokarmy, leki (objawy)
.....
.....
.....
3. Dziecko przyjmuje stale leki, (nazwa leku, dawka):
.....
.....
4. Dziecko znosi dobrze/źle* jazdę autokarem
5. Dziecko nosi: okulary aparat ortodontyczny
6. Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka:
.....
.....
.....

Stwierdzam, że podałam/podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc mu w zapewnieniu pełnej opieki podczas imprezy. Zgadzam się na podawanie leków, leczenie szpitalne, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka.

* właściwe zakreślić

.....
Miejscowość data

.....
podpis rodzica/opiekuna

INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy wypełnia rodzic/opiekun)
.....
.....
.....

.....
Miejscowość data

.....
podpis wychowawcy

INFORMACJA O POBYCIE I STANIE ZDROWIA DZIECKA NA PÓŁKOLONII
.....
.....
.....

.....
Miejscowość data

.....
podpis kier. /wychowawcy