

KARTA UCZESTNIKA OBOZU SPORTOWEGO
w Dźwirzynie
organizowanego przez IMAF Polska

I. Dane osobowe uczestnika:

1. Imię i nazwisko uczestnika:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania, telefon, e-mail:
.....
.....
4. Nazwa i adres szkoły:
5. Nr legitymacji szkolnej: Nr PESEL:
6. Proszę o zakwalifikowanie mnie* mojego dziecka* na obóz sportowy. Zobowiązuję się do uiszczenia łącznej opłaty w kwocie 750 zł do dn. 20.06.2018r. **Zadatek na poczet obozu wynosi 250 zł wpłata na konto IMAF Polska do dnia 15.04.2018.** Bank Zachodni WBK S.A.
nr rachunku: **72 1090 1069 0000 0001 1544 2784**, (lub za pośrednictwem instruktora prowadzącego). W przypadku rezygnacji z udziału po 20 maja 2018r. poniosę koszty manipulacyjne w wysokości 250zł.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych tutaj danych osobowych do celów organizacyjnych oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć z moim* dziecka* wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania dla celów reklamy i udokumentowania zadania. Oświadczam, iż znam i akceptuję regulamin obozu.

* - *właściwe podkreślić*

Podpis uczestnika lub podpis rodzica / opiekuna prawnego (dot. osób niepełnoletnich):

II. Informacje o rodzicach (opiekunach) dziecka zgłoszonego na obóz. Punkt 3.

Wypełniają dorośli uczestnicy obozu:

1. Adres zamieszkania rodziców (opiekunów):
.....
2. Telefony kontaktowe do rodziców (opiekunów) stacjonarny oraz komórkowe:
.....
3. Wskazanie osoby do kontaktu, nr tel.

.....

III. Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku/ informacja osoby dorosłej uczestnika obozu – pkt. 6:

1. Przebyte choroby (proszę podać w którym roku życia): odra....., ospa....., różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczka zakaźna....., 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, inne:
.....
3. Czy dziecko jest alergikiem: TAK/NIE * (jeśli tak to proszę podać na jakie alergen jest uczulone):
.....
4. Czy dziecko zażywa stałe leki (jeśli tak proszę podać jakie?)
.....
5. Inne istotne informacje o stanie zdrowia i zachowaniu dziecka niezbędne dla zapewnienia mu właściwej opieki:
.....
.....
.....
6. Informacja o problemach zdrowotnych, alergiach, zażywanych lekach
.....
.....
.....

IV. Informacja pielęgniarki szkolnej lub lekarza rodzinnego odnośnie szczepień:

1. szczepienia przeciw tężcowi (data wszystkich szczepień oraz ostatniego):
.....
2. Inne szczepienia (proszę podać rok): błonica:, dur, inne
3. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

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

Podpis pielęgniarki szkolnej lub lekarza rodzinnego:

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 lub życia zgadzam się na jego leczenie, leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

Data i podpis rodziców (opiekunów):

Oświadczenie dorosłego uczestnika obozu

W razie zagrożenia dla mojego zdrowia lub życia zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

Data i podpis uczestnika