

Karta Obozowa

Nazwa obozu: Zgrupowanie Kadry PUKT

I. Informacja organizatora wypoczynku

1. Organizator: Polska Unia Karate Tradycyjnego,
ul. Grunwaldzka 15d, 32-005 Niepołomice

2. Miejsce obozu (adres placówki): Ośrodek Wypoczynkowy

Neptun, ul. Promenada 1, 78-111 Sianożęty

3. Termin obozu: 23 lipca – 1 sierpnia 2023

Data podpis organizatora

II. Informacje o dziecku:

Nazwisko i imię

PESEL.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania:

.....

Prawny opiekun [ojciec, matka, ustanowiony]

Nazwisko i imię

Telefon

Adres w czasie pobytu dziecka na obozie.....

.....

.....

Przekładając powyższe wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie sportowym, akceptuję zasady uczestnictwa, regulamin obozu i zobowiązuje się do uiszczenia kosztów obozu.

Data podpis rodzica

III. Informacja o stanie zdrowia dziecka

Na co dziecko jest uczulone

.....

Choroba lokomocyjnaCzy nosi (podkreśl) *okulary, soczewki, aparat ortodontyczny*,

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI, WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA OBOZIE.

Data podpis rodzica

IV. Informacja rodzic lub pielęgniarca

1. Szczepienie przeciw-Tężcowi: Tak* data.....Nie*.

2. Stosowane leki i sposób podania

.....

.....

.....

.....

3. Przeciw wskazania

.....

Stwierdzam, że w/w [nie*] może być uczestnikiem obozu

.....

.....

Data podpis rodzica

.....

.....

.....

V. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością

w wysokości zł słownie

.....

.....

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis)

VI. Potwierdzenie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

_Dziecko przebywało na

.....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia

do dnia 20.....r.

.....

.....

(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VII. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce wypoczynku (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

.....

.....

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarce placówki wypoczynku)

.....