



### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

<b>I. INFORMACJA O KOLONII</b>		
1. Adres placówki	OŚRODEK „CENTRUM SPORTU”, UL. JUDYCKIEGO 4 i 8, PUCK	
<b>II. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA KOLONIĘ</b>		
1. Nazwisko uczestnika		
2. Imię uczestnika		
3. Data urodzenia		
4. PESEL		
5. Adres zamieszkania		
6. Telefon do rodzica / opiekuna		
7. Telefon kontaktowy podczas pobytu dziecka na kolonii		
8. Adres e-mail rodziców / opiekunów dziecka		
9. Wzrost dziecka		
<b>III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA</b>		
1. Jak dziecko znosi jazdę samochodem? <small>* niepotrzebne skreślić</small>	<b>DOBRCZE</b>	<b>ŹLE</b>
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę? <small>* niepotrzebne skreślić</small>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Symptomy:		
3. Czy dziecko obecnie jest diagnozowane? <small>* niepotrzebne skreślić</small>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
W kierunku, jakiej choroby?		

4. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? * niepotrzebne skreślić	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Kiedy i z jakiego powodu?		
5. Czy dziecko przyjmuje leki? * niepotrzebne skreślić	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Przyczyna		
Nazwa i dawka leku		
Rano	Południe	Wieczór
6. Inne ważne informacje na temat zdrowia dziecka.		
<p>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 kolonii.</p> <p>W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.</p>		
Szczepienia: Błonica/tężec (daty szczepień)		
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:		

**IV. Proszę o przyjęcie moje dziecko w poczet członków-zawodników Klubu Żeglarskiego Horn Kraków w ramach projektu Krakowskiej Akademii Optymista**

**Wyrażam zgodę na uprawianie żeglarstwa przez moje dziecko. Dziecko nie ma, jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania żeglarstwa.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

/miejsowość data /

podpisy rodziców/opiekunów