

**IX. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE POBYTU NA WYPOCZYNKU**

/ dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp. /

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

.....  
/ miejscowość data /

.....  
/ podpis lekarza lub pielęgniarki

**X. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na wypoczynku .....

od dnia ..... do dnia .....

.....  
/ miejscowość data /

.....  
/ kierownik /

**XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA TRENERA - WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA WYPOCZYNKU**

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

.....  
/ DATA /

.....  
/ PODPIS WYCHOWAWCY /

**UCZNIOWSKI KLUB SPORTOWY ESPERANTO  
ul. Obozowa 60, 01-423 WARSZAWA**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA ZGRUPOWANIA:**

1. Rodzaj placówki wypoczynku : Zimowisko sportowe
2. Adres placówki : ul. Łoteckiego 24, 27-320 Solec nad Wisłą
3. Czas trwania od : 13.01.2018 - 20.01.2018
4. Koszt obozu: 720 zł
5. Wpłata na konto UKS ESPERANTO: Millennium Bank 28 1160 2202 0000 0001 8875 5025

.....  
/ miejscowość data /

.....  
/ podpis organizatora obozu /

**II. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA I RODZICÓW**

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania :  
kod.....miasto.....ul.....  
.....
4. Telefon .....
5. Nazwa i adres szkoły  
.....  
.....
6. Adres i telefon rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie  
.....  
.....
7. Oddział NFZ .....
8. PESEL uczestnika .....
9. Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka i zobowiązuję się do uiszczenia odpłatności za pobyt przed wyjazdem.

.....  
/ miejscowość data /

.....  
/ podpis ojca, matki /

**III. INFORMACJE RODZICÓW O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

(Np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje leki, sposób dawkowania leków, na co mają zwrócić uwagę wychowawcy na obozie)

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

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o moim dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wycieczce. W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, zabiegi, operacje itp.

..... / data / ..... / podpis rodziców /

**IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH**

/ lub uzupełnienie przez rodziców na podstawie aktualnego wpisu szczepień z książeczki zdrowia dziecka /

Szczepienia ochronne / podać rok / tężec ..... błonica.....

dur ..... inne .....

..... / data / ..... / podpis pielęgniarki /

**V. ORZECZENIE LEKARSKIE\***

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie) .....

.....

2. Dziecko może być uczestnikiem .....

(rodzaj placówki wycieczki)

3. Zalecenia dla:

- wychowawcy .....

- służby zdrowia .....

..... / Data / ..... / podpis i pieczęć lekarza /

\* nie dotyczy jeśli są ważne badania sportowe (należy je zabrać na wyjazd)

**VI. INFORMACJE O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY**

/ W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA OPINII WYCHOWAWCY KLASY – WYPEŁNIAJĄ RODZICE /

.....  
.....

/ Data /

/ podpis wychowawcy lub rodziców /

**VII. REGULAMIN wycieczki organizowanego przez UKS ESPERANTO WARSZAWA**

Obowiązki uczestnika

- przestrzegać przepisów BHP, regulaminu i planu dnia, stosować się do poleceń kierownika i wychowawców – trenerów
- uczestniczyć w organizowanych imprezach (zwolnione mogą być tylko osoby z zaleceniem opieki medycznej lub rodziców)
- zachowywać się zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami współżycia koleżeńskiego
- zachować czystość i higienę osobistą, szanować mienie oraz sprzęt

**ZA SPOWODOWANE SZKODY ODPOWIEDZIALNOŚĆ MATERIALNĄ PONOSZĄ RODZICE LUB OPIEKUNOWIE PRAWNI**

Zabrania się

- samowolnego oddalania od grupy
- posiadania i używania: alkoholu, narkotyków, papierosów i innych używek
- przywłaszczania mienia innych uczestników i przedmiotów będących na wyposażeniu ośrodka
- stosowania przemocy fizycznej.

**ZA NIEPRZESTRZEGANIE POWYŻSZEGO REGULAMINU UCZESTNIK MOŻE BYĆ WYDALONY BEZ OSTRZEŻENIA I NA KOSZT RODZICÓW**

Z treścią powyższego regulaminu zapoznaliśmy się, przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy go

..... / podpis uczestnika /

..... / podpis matki lub ojca /

**VIII.** Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV, V, karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....  
Data,

.....  
podpis ojca lub matki