

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU / KOLONII

## I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wycieczki: **Obóz zimowy Harrachov 2020**
2. Adres placówki: **Hotel Fit Fun Ryžoviště 427, 512 46 Semily-Harrachov, Czechy**
3. Czas trwania: **08.02 – 15.02.2020**

(miejsowość, data)

(pieczęć i podpis organizatora wycieczki)

## II. DANE UCZESTNIKA OBOZU

1. Imię i nazwisko uczestnika .....
2. Data urodzenia ..... 3. PESEL ..... 4. telefon uczestnika .....
5. Adres zamieszkania .....
6. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
7. Adres rodziców /opiekunów w czasie pobytu uczestnika w placówce wycieczki:

..... telefony ..... e-mail .....

(miejsowość, data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

## III. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA/PODOPIECZNEGO NA OBÓZ

1. Wysyłając dziecko/podopiecznego na obóz przyjmuję do wiadomości, że:

- a) Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, wychowawców i instruktorów.
- b) Uczestnik powinien zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną i książeczkę zdrowia (lub wpisać nr legitymacji ubezpieczeniowej na karcie) oraz kartę EKUZ w przypadku wyjazdów zagranicznych.
- c) Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za pieniądze, przedmioty wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez Uczestników podczas pobytu na obozie i w środkach transportu.
- d) Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz środków odurzających.
- e) Rodzice/opiekunowie są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.
- f) W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub rażącego postępowania Uczestnika, może zostać podjęta decyzja o usunięciu go z obozu i odwiezieniu do domu na koszt rodziców/opiekunów. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni obozu.
2. Niniejszym **wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie, w szczególności na branie czynnego udziału w takich zajęciach rekreacji ruchowej jak m.in. wycieczki piesze, gry zespołowe (np. piłka, tenis stołowy), integracyjne zabawy ruchowe, kąpiele w basenie, jazdę rekreacyjną na nartach lub snowboardzie.**
3. W przypadku podejrzenia spożywania alkoholu, narkotyków lub środków odurzających wyrażam zgodę na badanie dziecka alkomatem lub testami narkotykowymi.
4. Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie.
5. Potwierdzam zapoznanie się ze wszelkimi informacjami zawartymi w karcie, programie imprezy, warunkach uczestnictwa, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

(miejsowość i data)

(podpis matki / opiekunki)

i / lub

podpis ojca / opiekuna

## IV. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka (odpowiednie podkreślić): omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, urazy kończyn, inne:

2. Przebyte choroby (podać rok): błonica ....., żółtaczkę zakaźną ....., dur (tyfus) brzuszny ....., inne .....
3. Dziecko jest uczulone na .....
4. Przyjmuje stale leki ..... w dawce .....
5. Jak znosi jazdę autokarem? ..... 6. Czy nosi?: aparat ortodontyczny ....., okulary .....
7. Inne .....

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

(miejsowość i data)

(podpis matki / opiekunki)

i / lub

(podpis ojca / opiekuna)

---

**VI. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH** lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

1. Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne .....

2. Inne ważne uwagi .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

---

**VIII. 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 pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

**IX. SZCZEGÓLNE INFORMACJE O DZIECKU – RODZICÓW/OPIEKUNÓW, KTÓRE MOGĄ POMÓC WYCHOWAWCOM W OPIECE NAD DZIECKIEM**

W przypadku nagłego zachorowania lub wypadku wyrażam pisemną zgodę na objęcie mojego dziecka opieką lekarską (doraźna pomoc lekarska w miejscu zakwaterowania, przewóz własnym środkiem transportu organizatora do placówki medycznej, leczenie szpitalne) oraz wyrażam zgodę na wszelkie niezbędne zabiegi medyczne mające na celu ratowanie zdrowia i życia mojego dziecka.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis )

Wyrażam pisemną zgodę na zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej określonej w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty tj. Ubezpieczony zwalnia leczących go lekarzy w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyraża pisemną zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej z jego leczenia w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem iż powyższa zgoda ważna jest wyłącznie pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi lub osobie w imieniu której zawieram umowę, opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis )