



KARTA KWALIFIKACYJNA

(wypoczynek dzieci i młodzieży)

INFORMACJA ORGANIZATORA KORZYSTAJĄCEGO Z PLACÓWKI WYPOCZYNKU

Rodzaj placówki wypoczynku:

Ośrodek Wypoczynkowy „ROMA” (CZAPIELSK, UL. FIOŁKOWA 53 83 – 050 KOLBUDY)

Czas trwania obozu od2026r. do2026 r.

INFORMACJA POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW DANYCH DZIECKA

1. Nazwisko i imię

.....

2. Data urodzenia

.....

3. PESEL

.....

4. Imiona rodziców

.....

5. Adres zameldowania:

.....

6. Telefon kontaktowy w trakcie trwania obozu

.....

7. Z kim dziecko chciałoby być w pokoju (opcjonalnie)

.....

INFORMACJE RODZICÓW NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka (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, moczenie nocne, urazy kończyn, inne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UKS AKADEMIA JUDO DRAGON

ul. Starodworcowa 34/2 81 – 575 GDYNIA
TEL. 669 890 123, TEL. 603 200 614
NIP: 586-230-71-24, REGON 364576206
gdyniadragon@gmail.com



2. Przebyte choroby:

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

3. Uczulenia:

.....
.....

Przyjmuje stale leki ,dawkowanie:

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

-->Choroba lokomocyjna: tak/nie, aparat ortodontyczny: tak/nie, okulary: tak/nie,
inne:.....

4. W ostatnim roku dziecko przebywało w szpitalu (jeżeli tak - proszę podać
powód):

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

5. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju
psychofizycznym i stosowanej diecie:

.....
.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki
zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec
błonica
dur
inne

Przyjmuje na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie
ujawnionych chorób i urazów dziecka oraz oświadczam, iż stan zdrowia mojego
syna/córki/podopiecznego pozwala na uczestnictwo w obozie sportowo-
rekreacyjnym.

.....

Miejscowość, data i podpis rodziców/opiekunów prawnych