



## 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 od .....2024r. do .....2024 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. Wzrost  
.....
8. 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 wycieczki, 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**