

KARTA OBOZOWA FIT CAMP



INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Rodzaj obozu:
Obóz sportowy Fit Camp - Gdańsk 2017r.
2. Adres ośrodka:
AWFiS Gdańsk
ul. Kazimierza Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
3. Termin obozu: (prosimy podkreślić wybrany turnus)
08 - 15/07/2017 - 7 dni
15 - 22/07/2017 - 7 dni
08 - 22/07/2017 - 14 dni

WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ SPORTOWY

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia (PESEL).....
4. Telefon oraz mail.....
5. Nazwa i adres szkoły.....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie
-
- tel.....

.....
data

.....
podpis

ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie).....
-
2. Dziecko może być uczestnikiem.....
3. Zalecenia dla wychowawcy obozu.....
4. Zalecenia dla pielęgniarki obozu.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

DODATKOWE WARUNKI UCZESTNICTWA NA OBOZIE

1. Uczestnik obozu zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców/trenerów, stosować się do regulaminów obozu ośrodka sportowego AWFIS oraz do poleceń wychowawców/trenerów.
2. Uczestnik powinien zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (ubrania, sprzęt sportowy i obuwie sportowe do zajęć na hali i w terenie, przybory toaletowe itp.)
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności materialnej za sprzęt RTV i rzeczy wartościowe uczestników (np. telefony komórkowe, tablety)
4. Uczestnik: zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni dowód tożsamości (legitymacja szkolna, paszport).
5. W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu obozu, uczestnik zostanie wydalony z placówki wypoczynku na koszt własny (rodziców lub opiekunów).
6. Uczestnik (rodzice lub opiekunowie) ponosi materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas pobytu na kolonii/ obozie.
7. Niniejsze warunki są integralną częścią umowy kupna- sprzedaży.

.....
podpis rodzica

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE FIT CAMP

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia): odra....., ospa....., różyczka....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczkazakaźna....., choroby nerek (jaki)....., choroby reumatyczne....., astma....., padaczka....., inne choroby.....
3. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenia nocne, częste bóle głowy, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne.....
4. Dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka
5. Dziecko jest uczulone*: tak, nie, jeśli tak podać na co.....
6. Dziecko nosi*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne:
7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka.....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA OBOZIE .

.....
data

.....
podpis rodzica