

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJA O OBOZIE

1. Nazwa: Parafialny Obóz Młodzieżowy
2. Miejsce: Szkolne Schronisko Młodzieżowe w Starym Borku 33, 78-132 Grzybowo
3. Czas trwania obozu: od 19 do 26 lipca 2021

## II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres.....
4. PESEL..... 5. Telefon.....
6. E-mail.....
7. Imię i nazwisko matki / opiekunki.....
8. Imię i nazwisko ojca / opiekuna.....

Telefon rodziców(opiekunów).....

## III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE 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, moczenia nocne, inne: \_\_\_\_\_
2. Przebyte choroby (rok): błonica\_\_\_\_\_, żółtaczką zakaźną\_\_\_\_\_, dur (tyfus) brzuszny\_\_\_\_\_, inne\_\_\_\_\_
3. Dziecko jest uczulone na \_\_\_\_\_
4. Przyjmuje stale leki \_\_\_\_\_ w dawce\_\_\_\_\_
5. Jak znosi jazdę autokarem/pociągiem? \_\_\_\_\_
6. Czy nosi?: aparat ortodontyczny\_\_\_\_\_, okulary\_\_\_\_\_
7. Czy dziecko przebywało dłuższy czas w szpitalu? Jeśli tak, to z jakiego powodu?  
\_\_\_\_\_
8. Czy dziecko miało jakieś urazy, złamania, zwichnięcia? \_\_\_\_\_
9. Czy dziecko miało/ma zwolnienie z W-Fu? Jeśli tak, to dlaczego?  
\_\_\_\_\_

10. Inne\_\_\_\_\_

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

*\*Jeżeli istnieją dolegliwości lub objawy odpowiednie zakreślić.*

\_\_\_\_\_ (miejscowość i data) \_\_\_\_\_ (podpis matki / opiekunki) i / lub \_\_\_\_\_ (podpis ojca / opiekuna)

## IV. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka i zapoznaniu się z informacjami rodziców (opiekunów) o jego stanie zdrowia, **stwierdzam brak przeciwwskazań** do uczestniczenia w obozie.

\_\_\_\_\_ (miejscowość i data) \_\_\_\_\_ (podpis i pieczętka lekarza)

## V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

1. Szczepienia ochronne (rok): tężec\_\_\_\_\_, błonica\_\_\_\_\_, dur\_\_\_\_\_, ospa\_\_\_\_\_, inne\_\_\_\_\_
2. Inne uwagi

\_\_\_\_\_ (miejscowość i data) \_\_\_\_\_ (podpis i pieczętka pielęgniarki)

## VI. INFORMACJA DUSZPASTERZA

- jest członkiem Parafii \_\_\_\_\_
- jest sympatykiem Parafii \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (pieczęć parafii i podpis)

## VII. INFORMACJA O POBYCIE I STANIE ZDROWIA DZIECKA NA OBOZIE(wypełnia kierownik obozu)

\_\_\_\_\_ (miejscowość i data) \_\_\_\_\_ (podpis kierownika / wychowawcy)

**Wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie oraz przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka zgodnie z wymaganiami RODO.**

\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis matki, ojca lub opiekuna) \_\_\_\_\_ (podpis uczestnika)