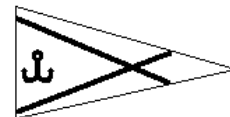


CHOJNICKI KLUB ŻEGLARSKI w CHOJNICACH

89-606 CHARZYKOWY UL. RYBACKA 1 - tel/fax 0.52 3988120
BS 0/ Chojnice nr 45 8146 0003 0000 1010 2000 0001 NIP 555-10-92-472

www.chkz.pl e-mail: biuro@chkz.pl



KARTA KWALIFIKACYJNA

/wypoczynek dzieci i młodzieży/

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Rodzaj placówki wypoczynku CHOJNICKI KLUB ŻEGLARSKI
89-606 CHARZYKOWY, ul. RYBACKA 1 tel/fax /052/ 39 88 120.

2. Czas trwania od do

II. INFORMACJA RODZICÓW-OPIEKUNÓW O DZIECKU wyjeżdżającym na obóz:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia 3. Adres zamieszkanie-
3. PESEL oraz symbol kasy chorych.....
nr legitymacji szkolnej
4. Nazwa i adres szkoły
5. Adres rodziców /opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, nr tel
.....

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, częste wymiaty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, jęki nocne, moczenie się, padaczka, inne
2. Przebyte choroby – podać w którym roku: żółtaczka zakaźna.....
Dur brzuszny....., błonica....., inne choroby zakaźne.....
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak – nie
podać powód
4. Na jakie pokarmy dziecko jest uczulone?
.....

IV. ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. Zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych szkód wyrządzonych z winy mojego dziecka podczas trwania turnusu oraz przyjmuję do wiadomości, że organizator nie bierze odpowiedzialności za utracone rzeczy oraz przedmioty wartościowe

.....
/miejsowość, data/

.....
podpis ojca-matki lub opiekuna

V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA w czasie pobytu na placówce wypoczynku, dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/ podpis lekarza-pielęgniarki plac.wypoczynk/