



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU NAUKOWEGO

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Obóz naukowy dla młodzieży organizowany w ramach projektu „Szkoła sukcesu”
2. Termin obozu: **29.06-09.07.2013 r.**
3. Miejsce obozu: **Ośrodek Wypoczynkowy „RZEMIEŚLNİK”, ul. Piastowska 206,  
80-341 Gdańsk, tel. 58 553 00 57**

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

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data urodzenia :..... Numer PESEL: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Telefon komórkowy (dziecka).....
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na obozie naukowym:  
.....  
Telefon .....
6. Kontakt z osobą, do której można odwieźć uczestnika obozu, którego stan zdrowia uniemożliwia dalsze uczestnictwo w obozie (w przypadku nieobecności rodziców lub opiekunów prawnych proszę podać dane alternatywne):  
Imię i nazwisko.....  
Adres: .....
- Telefon .....

***Oświadczam, że otrzymałam/em regulamin obozu naukowego organizowanego przez English Unlimited i przyjmuje go do wiadomości.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)



**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**  
(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE/ ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE/ OPERACJE

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza lub rodzica/opiekuna)

**V. ORZECZENIE LEKARSKIE**

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam /rozpoznanie/

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

2. Dziecko może być uczestnikiem obozu

.....

3. Zalecenia dla:

-wychowawcy:

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

-służby zdrowia:

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

.....

.....



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

(data)

(podpis i pieczęć lekarza)



Realizator projektu, English Unlimited,  
81-844 Sopot, ul. Armii Krajowej 73, tel. 58-5555-700,  
e-mail: [info@eu.com.pl](mailto:info@eu.com.pl), [www.eu.com.pl](http://www.eu.com.pl), [www.szkola-sukcesu.eu](http://www.szkola-sukcesu.eu)

