



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU NAUKOWEGO

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Obóz naukowy dla młodzieży organizowany w ramach projektu „Szkoła sukcesu”
2. Termin obozu: **10-20.07.2013 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, www.eu.com.pl, www.szkola-sukcesu.eu

