

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I . INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma placówki wypoczynku – **OBÓZ SPORTOWY PLYWACKI**
2. Termin od 26.08.2018 - 01.09.2018
3. Miejsce – Ośrodek Przygotowań Olimpijskich COS, ul. Plażowa 8, 43-370 SZCZYRK

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania kod

telefony kontaktowe: adres e-mail

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w Sportowym Obozie Pływackim.

**Zgadzam się na wcześniejszy powrót dziecka z obozu w przypadku jego nagannego zachowania się:
(samowolne oddalenie się od obozu, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, przyjmowanie środków odurzających)**

data podpisy obojga rodziców (prawnych opiekunów)

III . INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

wzrost -, waga -

.....

.....

.....

.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU , KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE .

.....
data

.....
podpis rodziców - opiekunów

IV. OPINIA LEKARZA O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W OBOZIE

.....
.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

V. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

(możliwość przedstawienia książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

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

inne

.....
data

.....
podpis pielęgniarki

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy , rubrykę wypełnia rodzic lub prawny opiekun)

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

.....
data

.....
podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCÓWCE

WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach , urazach , leczeniu)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji

.....
(miejscowość ,data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

.....

**Wpisanie na listę uczestnika obozu następuje po wpłacie zaliczki 400 zł do
15.04.2018.**

Całkowity koszt obozu – 1070zł - w całości płatny do 25.07.2018.
Oddanie karty uczestnika obozu powinno nastąpić nie później niż do 11.06.2018
Zebranie organizacyjne – 11.06.2018 – godz. 17.00 – basen COS OPO Spała

WSZELKIE PŁATNOŚCI ZA OBÓZ NALEŻY DOKONYWAĆ PRZELEWEM NA KONTO

Konto ING: 68 1050 1461 1000 0090 7328 0829

**Tomaszowskie Stowarzyszenie Pływackie „TS PŁYWAK” -
97-200 Tomaszów Mazowiecki, ul. Edwarda 6**

www.tsplywak.pl www.4swim.com.pl

Wszelkie dodatkowe informacje pod numerami telefonów 0606 135 860 ;
e-mail: tsplywak@wp.pl

Organizator obozu : Tomasz Bucholz – Tomaszowskie Stowarzyszenie Pływackie „TS PŁYWAK”