

Uczniowski Klub Sportowy „Kmita” Zabierzów/ RAK-swimsport Zabierzów 32-080 Zabierzów ul.
Kolejowa 15a
Nip: 5130217114 Tel. 509536643
e-mail: ukp@kmitazabierzow.eu/ plywanie@rak-swimsport.pl www.kmitazabierzow.eu/ www.rak-swimsport.pl

KARTA UCZESTNIKA WYJAZDU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

Forma placówki wypoczynku: Wyjazd szkoleniowy-sportowo-rekreacyjny

Adres placówki:

termin 1- Niederau 177, 6314 Wildschönau, Austria

termin 2- Rytro 380, 33-343 Rytro Polska

Czas trwania od:

termin 1- 10-17.02.2018r

termin 2- 17-23.02.2018r

II. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU:

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzeniaPesel.....

numer dokumentu tożsamości.....

Adres

zamieszkania.....

Telefon rodziców/opiekunów.....

email.....

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 lub okulary itp.)

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

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka podczas wypoczynku. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne.

.....
(miejsowość, data)

..... (podpis ojca, matki lub prawnego opiekuna)

IV. REGULAMIN UCZESTNICTWA:

Uczestnik podczas wyjazdu, zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu obiektów i ośrodka oraz poleceń wychowawców. W razie drastycznego naruszenia regulaminu, uczestnik zostanie wydalony z wyjazdu na koszt rodziców. Uczestnik ponosi odpowiedzialność za wyrządzone z własnej winy szkody podczas pobytu na obozie, a rodzice są zobowiązani do pokrycia kosztów ich usunięcia. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe uczestników.

.....
(miejsowość, data) (podpis ojca, matki lub prawnego opiekuna)

V. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH DZIECKA:

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec....., błonica.....,

dur.....,inne.....

.....
(miejsowość, data) (pieczętka i podpis pielęgniarki)

