

UKS „BISKUPIAK”

ul. Ks. Michała Słowikowskiego 6 20-124 Lublin

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki*Zimowisko 2017*.....
2. Adres placówki ... *Dom Wczasowy "U Heliosa" Toporowa Cyrhla 17e 34-500 Zakopane.*
3. Czas trwania od **21.01.2017.** do **28.01.2017**

II. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA KOLONII/ OBOZU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia telefon
3. Adres zamieszkania
4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki:
..... telefon
5. PESEL dziecka 6. Kasa chorych

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)

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

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

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ POKRYĆ KOSZTY ZAKUPU DROGICH LEKARSTW W PRZYPADKU NIEZBĘDNEJ KONIECZNOŚCI ICH UŻYCIA (PO UPRZEDNIM UZGODNIENIU Z JEDNYM Z RODZICÓW).

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
(miejscowość, data)

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

V. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW EWENTUALNYCH SZKÓD WYRZĄDZONYCH PRZEZ MOJE DZIECKO PODCZAS TRWANIA TURNUSU.

JEDNOCZEŚNIE PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI I AKCEPTUJĘ FAKT, ŻE UKS BISKUPIAK NIE BIERZE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA UTRACONE W CZASIE IMPREZY RZECZY ORAZ PRZEDMIOTY WARTOŚCIOWE.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)