

# Klub Sportowy DELFIN Gdynia

81-575 Gdynia, ul. Wschodnia 1b/15a

www.delfin.gdynia.pl tel. kom. 502-083-311

Bank PKO B.P. nr konta1814401026000000006551467



## Karta Kwalifikacyjna Uczestnika Obozu

Nazwa obozu : „Poszukiwacze Przygód”

Termin: 07.08- 14.08.2024 r.

Forma wypoczynku: Obóz rekreacyjny

Miejsce: Ośrodek Wypoczynkowy ROMA, Łapino, 80-050 Kolbudy

### I. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ (WYPOCZYNEK)

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia ..... PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

adres e-mail .....

4. Nr szkoły ..... klasa .....

5. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie : .....

tel. kontaktowy.....

.....  
(miejscowość, data)

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

### II. OŚWIADCZENIE RODZICÓW(OPIEKUNÓW) W ZAKRESIE RODO

Wyrażam zgodę na niezbędne do realizacji programu obozu przetwarzane danych oraz wykorzystanie zdjęć robionych w czasie obozu w celach promocyjnych Klubu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki 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 ortopedyczny lub okulary, czy w ostatnim czasie przechodziło jakąś chorobę, było szczepione na tężec itp.)

Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie.

.....  
(data)

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

### III. OŚWIADCZENIE O ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka podczas pobytu na obozie (wypoczynku) zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....  
(data)

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

### IV. DODATKOWE INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

( np. czy dziecko ma jakieś specjalne upodobania, zainteresowania ale też fobie lub lęki)