

Bartłomiej Steczowicz  
Lisówek 20  
05-600 Grójec  
Tel. + 48 514 030 431  
[www.kamplerek.pl](http://www.kamplerek.pl)

e-mail: [bartek@kamplerek.pl](mailto:bartek@kamplerek.pl)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

### I. INFORMACJA O OBOZIE

1. Miejsce imprezy **GOSPODARSTWO AGROTURYSTYCZNE LISÓWEK**

2. Nazwa imprezy **KAMP LOLEK**

3. Termin .....

### II. WNIOSEK RODZICÓW DZIECKA / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE NA OBÓZ

1. Nazwisko uczestnika ..... Imię uczestnika.....

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

3. Adres zameldowania.....

4. Adres do korespondencji.....

5. Nazwa i adres szkoły .....

6. Imię i nazwisko matki/opiekunki.....tel.....

7. Imię i nazwisko ojca/opiekuna.....tel.....

8. Adres e-mail rodziców / opiekunów dziecka .....

Dodatkowe informacje .....

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego Dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach z jazdy konnej.

Oświadczam że otrzymałem i zapoznałem się z Warunkami Rezerwacji, kosztami i programem imprezy i je akceptuję.

Potwierdzam prawdziwość wszystkich danych zawartych w niniejszej Karcie kwalifikacyjnej

Wyrażam zgodę na bezpłatne przetwarzanie, uaktualnianie, udostępnianie i przechowywanie danych osobowych Uczestnika i moich, na utrwalanie wizerunku Dziecka dla potrzeb prawidłowej realizacji oferty oraz w celach marketingowych przez firmę Mazovia Group.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie ofert i wszelkiego rodzaju informacji od firmy Mazovia Group na adres pocztowy a także na przesyłanie informacji drogą elektroniczną.

.....  
(miejscowość i data) (podpis rodzica/ opiekuna)

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW DZIECKA O STANIE ZDROWIA

1. Czy dziecko jest uczulone? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Alergeny.....

Objawy alergii.....

2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Symptomy.....

3. Czy dziecko obecnie jest diagnozowane? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

W kierunku jakiej choroby?.....

4. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Kiedy i z jakiego powodu.....

5. Czy dziecko przyjmuje leki? TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Przyczyna.....

Nazwa i dawka leku.....

6. Inne ważne informacje na temat zdrowia dziecka

.....

.....

7. Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje na temat stanu zdrowotnego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu dziecka na obozie.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

8. szczepienia: Błonnica/tężec (daty szczepień) .....

.....

(podpis pielęgniarki, lekarza lub rodzica)

### IV. UWAGI O POBYCIE DZIECKA NA OBOZIE

.....

.....

.....

(miejsowość i data) (podpis kierownika obozu )