



**KLUB SPORTOWY
„SZCZYPIORNIAK” OLSZTYN**
10-560 Olsztyn, ul. Żołnierska 39
tel/fax 089 533 69 61, kom. 502 395 316
e-mail: szczypiorniak-olsztyn@o2.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA
UCZESTNIKA KOŁONII / OBOZU / ZIMOWISKA**

I. INFORMACJE ORGANIZATORA

- Nazwa imprezy: **ZGRUPOWANIE SZKOLENIOWE W BARTOSZYCACH**
- Zakwaterowanie: **Internat Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 ul. Limanowskiego 15, 11-209 Bartoszyce**
- Termin od: **15.08.2019** do: **24.08.2019**

**KLUB SPORTOWY
„SZCZYPIORNIAK”**
10-560 Olsztyn, ul. Żołnierska 39
tel./fax 89 533 69 61
NIP 739-31-43-762, Regon 510979874

PREZES
KS „SZCZYPIORNIAK” Olsztyn
Konstanty Targoński

.....
podpis organizatora

II. DANE UCZESTNIKA OBOZU

- Imię i nazwisko
- Adres zamieszkania
- Data urodzenia 4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uwaga! Podanie nr PESEL jest dobrowolne i w razie konieczności udzielenia publicznej pomocy medycznej, ułatwi jej uzyskanie
- Nazwa szkoły
- Adres szkoły
- Nr telefonu kontaktowego do rodziców/opiekunów podczas trwania wycieczki:
.....
- Adres rodziców/opiekunów dziecka przebywającego na wycieczce:

.....
miejsowość, data

.....
podpis rodzica/opiekuna

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA KOŁONII /OBOZIE.

.....
data

.....
podpis lekarza/pielęgniarki/rodzica/opiekuna

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

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

.....
data

.....
podpis lekarza/pielęgniarki/rodzica/opiekuna

