

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU
PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL KARTY DRUKOWANYMI LITERAMI
I ODEŚLANIE JEJ W TERMINIE DO 31.05.2019 r.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU:

1. **Organizator:** Chrześcijańska Wspólnota Zielonoświątkowa z siedzibą w Legnicy, ul. Sudecka 3, 59-220 Legnica
2. **Forma wypoczynku:** Obóz chrześcijański
3. **Adres placówki wypoczynku:** Gościniec "H.A.T.A." Szewczyk, ul. św. Rozalii 9, 34-441 Niedzica www.hata.pl
4. **Czas trwania obozu:** od 09.07.2019 r. do 18.07.2019 r.
5. **Kierownik obozu:** Jarosław Domieniuk, tel. +48 510 216 900

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. **PESEL uczestnika obozu:**.....
4. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów:
1..... nr telefonu
2..... nr telefonu
e-mail do rodziców/opiekunów:
5. Adres zamieszkania: (kod pocztowy):....., (miejscowość).....
(ulica)..... (nr domu)..... (nr mieszkania).....
6. Numer telefonu komórkowego uczestnika obozu:
7. Nazwa szkoły i klasa, do której aktualnie uczęszcza uczestnik obozu:
8. Nazwa i lokalizacja Kościoła/Zboru, do którego uczęszcza uczestnik obozu:

III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA OBOZU - *podkreślić właściwe

1. Istotne dane o zdrowiu uczestnika obozu:

dolegliwości i występujące objawy (omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne*) inne:

przebyte lub przewlekłe choroby:

uczulenie (np. na pokarmy, leki):

informacje dodatkowe i inne uwagi o stanie zdrowia: (np. jak uczestnik obozu znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, itp.):

2. JAKO RODZIC/OPIEKUN:

1. Nie widzę żadnych przeciwwskazań, w szczególności zdrowotnych i wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie chrześcijańskim wraz z wszelkimi wycieczkami, spotkaniami, formami aktywności i pracami realizowanymi w ramach programu obozu.
2. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób i urazów dziecka.
3. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi, itp. w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia dziecka.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

Potwierdzam zapoznanie się z wszelkimi informacjami zawartymi w niniejszym dokumencie, które rozumiem, przyjmuję do wiadomości i akceptuję. Dokument wypełniłem(-am) zgodnie z prawdą i stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego – imię i nazwisko)