



Rumszewicz Sailing sp.j.

Tomasz Rumszewicz, Michał Rumszewicz

ul. Janiny Wengris 32

10-765 Olsztyn

tel. 603 53 60 50

e-mail info@obozy.net.pl

NIP 7393404518

REGON 519607855

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma placówki wypoczynku: Obóz sportów wodnych / Kolonie żeglarskie / Kurs żeglarski

2. Adres placówki: Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy Fundacji MIERKI

Waszeta 4; 11-015 Olsztynek

tel.: 603 53 60 50

3. Czas trwania od do

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA

NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

telefon

4. Nr PESEL.....

5. Nazwa i adres szkoły klasa

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

.....

7. Numery telefonów kontaktowych (w tym i tel. komórkowych)

.....

8. Rodzice (opiekunowie)

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy
ojciec		
matka		

.....
(miejscowość, data)

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

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych)

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

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

.....
(data)

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

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki)

V. ORZECZENIE LEKARSKIE

(Wypełnić tylko przy zgłoszeniu na obóz sportów wodnych lub kolonie żeglarskie.)

Stwierdzam, że nie istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa

..... w

/ imię i nazwisko uczestnika /

*

a/ obozie sportów wodnych

b/ koloniach żeglarskich

.....
/pieczętka lekarza, data, podpis/

(*) właściwe podkreślić

VI. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy

– wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

PONIŻSZĄ STRONĘ WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA NA KURS ŻEGLARSKI !

pieczęć przychodnidnia.....



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, żemoże uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania sportów wodnych (w tym żeglarstwa).

Inne uwagi lekarza:

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

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)

.....
miejsowość, data.....



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany / podpisana* wyrażam niniejszym zgodę na uprawianie żeglarstwa, przez mojego syna / córkę / podopiecznego*:

.....
imię i nazwisko (syna / córki / podopiecznego)

i potwierdzam, że **posiada / nie posiada*** umiejętność pływania.

Miejsce zamieszkania (pełny adres) rodzica lub opiekuna:.....
.....

Dowód osobisty rodzica lub opiekuna:
(*seria i numer / PESEL*)

.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
*potwierdzenie zgodności
podpisu rodzica lub opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić