

## KARTA KWALIFIACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

Należy wysłać do 03 czerwca 2010 R.

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator: Misja Pokoleń, ul. Spacerowa 16, Rząska, 30-199 Kraków, tel. 12/637-05-71, mail: [biuro@misjapokolen.org](mailto:biuro@misjapokolen.org) [www.misjapokolen.org](http://www.misjapokolen.org)
2. Forma placówki wypoczynku: Chrześcijański Obóz dla ASÓW (14 – 19 lat)
3. Adres placówki: Ośrodek Katechetyczno-Kolonijny Kościoła Chrześcijan Baptystów w Świątynie. Ul. Kościelna 20, 12-140 Świątajno.
4. Czas trwania obozu: 03-16 lipiec 2010 r.
5. Koszt obozu: ~~900,-~~ **700,-**
6. Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
7. Kierownik obozu:  
Anna Kuźnik, tel. 0-608-311-836; e-mail: [anna.kuznik@wp.pl](mailto:anna.kuznik@wp.pl)

**Uwaga: Uczestnik pełnoletni wypełnia kartę samodzielnie**

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O PRZYJĘCIE DZIECKA NA OBÓZ

1. Imię i nazwisko uczestnika:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania:  
  
Adres e-maili:
4. Imiona i nazwisko(a) rodziców / opiekunów:
5. Adres i telefon rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
6. Numer PESEL dziecka i nazwa Kasy Chorych:

7. Zaliczkę w wysokości 300 PLN wpłacono dnia .....na konto:  
**75124045331111000054333732 (z dopiskiem w tytule: ASY 2010)**

Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 600 PLN (słownie: sześćset złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji.

Data:

Podpis rodzica lub opiekuna:

### III. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

1. Oddanie dziecka pod opiekę wychowawcy dnia .....; godzina .....
2. Odbiór dziecka przez rodziców/opiekunów dnia.....; godzina .....

Data:.....

Podpis kierownika:.....

**IV. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA**  
(np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach itp.)

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.**

Data: ..... Podpis rodzica lub opiekuna: .....

**V. INFORMACJA LEKARZA BĄDŹ PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH I OGÓLNYM STANIE ZDROWIA DZIECKA**

- Szczepienia ochronne: (podać rodzaj i rok szczepienia)

- Ogólny stan zdrowia:

Data: ..... Podpis osoby uprawnionej: .....

**VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu)**

Data: .....

Podpis: .....

**VII. UWAGI OPIEKUNA GRUPY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**