

WPIS ORGANIZATORÓW TURYSTYKI I POŚREDNIKÓW TURYSTYCZNYCH MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO NR Z/39/2006

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| OBÓZ / KOLONIA W MIEJSCOWOŚCI | TERMIN |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NAZWISKO I IMIĘ UCZESTNIKA | NR PASZPORTU |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ADRES | PESEL |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ADRES RODZICÓW / OPIEKUNÓW PODCZAS TRWANIA IMPREZY | TEL. KONTAKTOWY RODZICÓW / OPIEKUNÓW |
| <input type="text"/> | |
| NAZWA I ADRES SZKOŁY | |

INFORMACJE RODZICÓW / OPIEKUNÓW O DZIECKU:

1. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia):

odra ospa różyczka świnka szkarlatyna astma padaczka żółtaczkazakaźna

inne:

2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki/ utraty przytomności/ zaburzenia równowagi/ omdlenia/ częste bóle głowy/ lęki nocne/ trudności w zasypianiu/ tiki/ moczenia nocne/ częste bóle brzucha/ wymioty/ krwawienia z nosa/ duszności/ bóle stawów/ szybkie męczenie się/ niedosłuch/ jękanie/ przewlekły kaszel /*

Inne:

3. Dziecko jest nieśmiałe / ma trudności w nawiązywaniu kontaktów/ nadpobudliwe/ inne informacje o zachowaniach dziecka /*

Inne:

4. Dziecko jest uczulone TAK / NIE*, jeżeli tak to podać na co:

5. Jazdę samochodem znosi ŻŁE / DOBRZE*. Jeżeli źle to wymagane jest zaopatrzenie dziecka w Aviomarin!

6. Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

WAŻNE! W razie nieprzestrzegania przez dziecko regulaminu kolonii/obozu, spożywania alkoholu, palenia tytoniu, aroganckiego zachowania, wybryków chuligańskich, DELTA TRAVEL TOUR OPERATOR SP. Z O.O. zastrzega sobie prawo odesłania uczestnika do domu na koszt rodziców / opiekunów, którzy ponoszą materialną odpowiedzialność również za szkody wyrządzone przez dziecko podczas pobytu na kolonii / obozie.

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA KOLONII (OBOZIE). W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

DATA

CZYTELNY PODPIS RODZICA

INFORMACJA PIELĘGNIARKI:Szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica dur inne

DATA

CZYTELNY PODPIS PIELĘGNIARKI

INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY:

DATA

CZYTELNY PODPIS NAUCZYCIELA I PIECZĄTKA SZKOŁY

*niepotrzebne skreślić