



JUST FUN JUDYTA I SZYMON TOBOLSCY  
UL. KOPERNIKA 2/80  
86-300 GRUDZIĄDZ  
TEL. 697448121  
504177770  
www.justfun.net.pl  
www.facebook.com/just.fun.grudziadz

## **KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU LATO 2020**

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: obóz
  2. Termin wypoczynku ..... – .....
  3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku  
.....
  4. Nazwa obozu (poprawne zaznaczyć)
- |              |               |                |
|--------------|---------------|----------------|
| I PIŁA MŁYN: | II PIŁA MŁYN: | III MIKOSZEWO: |
| AGENTKI      | AGENTKI       | AGENTKI        |
| ALLSPORTS    | ALLSPORTS     | ALLSPORTS      |
| PRZYGODOWY   | PIŁKARSKI     | PRZYGODOWY     |
|              |               | CHILL&WORK     |
|              |               | TANECZNY       |

### **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię (imiona) i nazwisko  
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców  
.....
3. Data urodzenia ..... **PESEL** .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres do korespondencji.....
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez opiekuna uczestnika, na czas trwania wypoczynku:  
.....  
.....  
.....
7. Nazwa i adres szkoły.....
8. Adres e-mail rodziców/ opiekunów dziecka.....

Rozmiar koszulki.....(prosimy zapoznać się z wymiarami koszulek zamieszczonymi w osobnym pliku w folderze dokumenty)

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego Dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich przewidzianych programem zajęciach, zamieszczonych na stronie internetowej www.justfun.net.pl Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami uczestnictwa, wzorem umowy, programem imprezy zamieszczonej na stronie www.justfun.net.pl oraz regulaminem campu.

.....  
.....  
(miejsowość i data) (podpis rodzica/opiekuna)

ZAKWATEROWANIE (prośby, z kim uczestnik ma być w pokoju)

.....

### **INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

1. Czy dziecko jest uczulone TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)  
Alergeny.....  
Objawy alergii.....
2. Czy dziecko cierpi na przewlekłą/nawracającą chorobę TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Symptomy.....
3. Czy dziecko obecnie jest diagnozowane TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
W kierunku jakiej choroby.....
4. Czy dziecko przechodziło zabiegi chirurgiczne TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Kiedy i z jakiego powodu.....
5. Czy dziecko przyjmuje leki TAK NIE (niepotrzebne skreślić)  
Przyczyna.....  
Nazwa i dawka leku.....
6. Inne ważne informacje na temat stanu zdrowia dziecka (np. jak znosi jazdę samochodem, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)  
.....  
.....  
Szczepienia ochronne (wraz z podaniem roku lub dołączenie ksero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) zgodnie z wytycznymi Ministerstwa:  
tężec.....  
błonica.....  
dur.....  
inne.....

