

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA SEMINARIUM  
SZKOLENIOWEGO KYOKUSHIN  
V IKO POLESIE CAMP 2017, WOLA UHRUSKA 28 KWIETNIA – 1 MAJA 2017**

**Organizator :**

**Klub Karate Kyokushin KANKU w Chełmie - [www.kyokushinchelm.pl](http://www.kyokushinchelm.pl)**

22-100 Chełm,  
ul. Ks. Piotra Skargi 1/140  
TEL. KOM. 504 917 251

e-mail: [waldemar\\_koziol@onet.pl](mailto:waldemar_koziol@onet.pl)

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

- ▲ Forma placówki wypoczynku: **Seminarium Szkoleniowe**
- ▲ Adres placówki:

**Schronisko Młodzieżowe GOSIR Wola Uhruska**

**ul. Gimnazjalna 34,  
22-230 Wola Uhruska**

Czas trwania **28.04 – 01.05.2017 r.**

.....  
(pieczęć organizatora placówki)

---

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA  
NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
- telefon ..... tel kom rodzica .....
4. Nazwa i adres szkoły ..... klasa .....
5. Adres i telefon rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na wypoczynku:  
.....
6. Stopień szkoleniowy ( kyu) .....

---

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki  
i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

- .....  
.....
1. STWIERDZAM, ŻE DZIECKO POSIADA WAŻNE ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OD LEKARZA SPECJALISTY MEDYCYNY SPORTOWEJ O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UPRAWIANIA KARATE KYOKUSHIN
  2. STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.
  3. JEDNOCZEŚNIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZAWARTYCH W NINIEJSZEJ DEKLARACJI NA POTRZEBY REALIZACJI CELÓW STATUTOWYCH KLUBU ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNIA 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ. U. Z 2002 R. NR 101, POZ. 926 Z PÓŻ. ZM.)

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

---

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

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
.....

(miejsowość, data)

(podpis lekarza, pielęgniarki lub wychowawcy)

---

**\*V. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU  
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

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

.....  
.....

(miejsowość, data)

(podpis wychowawcy-instruktora)

- Drugą stronę deklaracji wypełnia Klub podczas V IKO POLESIE CAMP 2017