

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA SEMINARIUM
SZKOLENIOWEGO KYOKUSHIN
III IKO POLESIE CAMP 2015, WOLA UHRUSKA 1-3 MAJA 2015**

Organizator :

Klub Karate Kyokushin KANKU w Chełmie - www.kyokushinchelm.pl

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

e-mail: waldemar_koziol@onet.pl

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

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

Schronisko Młodzieżowe GOSIR Wola Uhruska

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

Czas trwania **01.05 – 03.05.2015 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 wycieczce:
.....
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.

.....
(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)