

Związek Zawodowy Centrum Narodowe Młodych Rolników
KARTA UCZESTNIKA KOLONII/ZIMOWISKA

Termin.....

Adres ośrodka

.....

Imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia
Dokładny adres zamieszkania, telefon	PESEL
Narodowy Fundusz Zdrowia (podać województwo):	Nazwa i adres szkoły
Dokładny adres i nr Tel. Rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie	Nr legitymacji szkolnej
Nazwa i adres zakładu pracy matki	Nazwa i adres zakładu pracy ojca

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (podkreślić):
omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, moczenie nocne, inne;
2. Przebyte choroby (podać w którym roku):
żółtaczka zakaźna, dur brzuszny, błonica, choroby zakaźne,
zapalenie nerek, zapalenie ucha, zapalenie wyrostka robaczkowego,
angina....., cukrzyca....., padaczka....., inne.....
.....
3. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone?
4. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu?
nie
tak (proszę podać powód)
5. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka:

Z warunkami uczestnictwa i rezygnacji zostałam/em zapoznany i wyrażam na nie zgodę.

.....
miejscowość, data

.....
podpis ojca lub matki

Wyrażam zgodę na ewentualną hospitalizację dziecka lub wszelkie działania ratujące jego życie.

.....
miejscowość, data

.....
podpis ojca lub matki

INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wzrost:

Waga:

Stan czystości skóry: włosów

Szczepienia ochronne (podać, w którym roku):

ospa, BCG, błonica, dur, tężec, polio

.....
miejscowość, data

.....
podpis pielęgniarki szkolnej

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (*rozpoznanie*):

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

- 1.** dziecko może być uczestnikiem obozu
wskazania i przeciwwskazania:

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

- 2.** dziecko nie kwalifikuje się na wyjazd:
wskazany wyjazd na:

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza

OPINIA SZKOŁY (wypełnia wychowawca klasy)

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć szkoły

.....
podpis wychowawcy

**Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy – instruktora
o dziecku podczas pobytu na kolonii/ zimowisku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis kierownika/wychowawcy

Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu na kolonii/zimowisku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis lekarza lub pielęgniarki