

Termin:
1 turnus 11.07-15.07.2016r.....

Organizator :
UKS Funny Dance

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WARSZTATÓW SPORTOWYCH

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

1. Adres zamieszkania

.....

.....

Nr tel. osoby dorosłej / opiekuna

1. Data i miejsce urodzenia

.....

1. Nr PESEL dziecka

.....

1. Przynależność do Narodowego Funduszu Zdrowia (nazwa, numer)

.....

Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych o stanie zdrowia dziecka :

1.

Dziecko przyjmuje stale leki (tak/ nie) jakie?w jakich dawkach i częstotliwościach

.....

Dziecko jest stale leczone na (tak/nie) podać chorobę

.....

Dziecko nosi okulary , aparat ortodontyczny , aparat słuchowy , wkładki ortopedyczne
inne aparaty

2.

Dziecko często skarży się na :

Bóle głowy(tak/nie)

Zawroty głowy.....(tak/nie)

Bóle brzucha.....(tak/nie)

Bóle kręgosłupa.....(tak/nie)

inne

3.

Czy dziecku zdarzają się :

Omdlenia.....(tak/nie)

Utrata przytomności.....(tak/nie)

Napady drgawkowe.....(tak/nie)

Duszności.....(tak/nie)

Reakcja alergiczna... ...(tak/nie) proszę podać na co dziecko jest uczulone i jak reaguje na daną substancję lub pokarm...sztuczne barwniki i konserwanty, reaguje wysypką skórą.

4.

Inne uwagi na temat dziecka...

Wyrażam zgodę , aby moje dziecko uczestniczyło w warsztatach sportowych organizowanych przez UKS Funny Dance. Jednocześnie zaświadczam własnym podpisem że podałem (am) pełne informacje o stanie zdrowia dziecka. W razie zaistniałej potrzeby zgadzam się na leczenie szpitalne dziecka, zabiegi diagnostyczne , operacje. Stwierdzam że podałem/am wszelkie znane mi informacje , które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na warsztatach.

Miejscowość , Data

podpis