

Termin:  
16.01-20.01.2017r.....

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

.....

### **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