

7. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)).

.....  
(data)

.....  
(podpisy rodziców)

#### Informacje o udzielonej w trakcie obozu pomocy lekarskiej

Zachorowania, urazy, leczenie

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

**KARTA BEZ PODPISÓW JEST TRAKTOWANA JAKO NIEWAŻNA  
I NE PODLEGA ROZPATRZENIU**

FUNDACJA WSPÓŁPRACY CHRZEŚCIJAŃSKIEJ  
FWCh-AFCI Polska  
ul. Plebiscytowa 48, 14-100 Ostróda  
tel. 501 049 132  
www.afci.pl



## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

### Obóz Sportowo-Językowy Xtra Camp

Ostróda 2.07-8.07. 2017, Ośrodek Katechetyczno-Misyjny "Ostróda Camp"  
ul. Plebiscytowa 46, 11-400 Ostróda

#### I. Dane uczestnika obozu:

1. ....  
(imię i nazwisko - wypełnić drukiem)

2. Pesel - **obowiązkowo**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie:

.....

kontakt z matką ..... tel.: .....  
(imię i nazwisko)

kontakt z ojcem ..... tel.: .....  
(imię i nazwisko)

#### 5. Oświadczenie Rodziców/Opiekunów:

Znana jest nam specyfika chrześcijańskich obozów prowadzonych przez Fundację Współpracy Chrześcijańskiej i obowiązujących na nich regulaminach (dostępne na [www.afci.pl](http://www.afci.pl)). Wysyłając dziecko na obóz WFCh akceptujemy powyższe.

TAK (zakreślić)

Wyrażam zgodę na kąpiel dziecka na kąpieliskach strzeżonych.

TAK NIE (zakreślić)

Wyrażam zgodę na robienie zdjęć mojemu dziecku podczas zajęć w trakcie obozu oraz wykorzystanie ich w materiałach promujących obozy i na stronach www Fundacji. TAK NIE (zakreślić)

### 6. Oświadczenie finansowe Rodziców/Opiekunów:

Zobowiązujemy się do uiszczenia odpłatności za pobyt dziecka na obozie w kwocie ustalonej przez organizatora. W przypadku rezygnacji w okresie 7 dni poprzedzających obóz (lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz) poniesiemy 25% jego kosztów.

.....  
(data) (podpisy rodziców lub pełnoletniego uczestnika)

### II. Decyzja organizatora - postanawia się:

przyjąć dziecko na obóz za odpłatnością .....zł

zwolnić dziecko z odpłatności / udzielić rabatu z powodu .....

odmówić przyjęcia dziecka na obóz ze względu .....

.....  
(data i podpis)

### III. Potwierdzenie pobytu na obozie

Organizator obozu poświadcza, że dziecko wzięło udział w całym obozie\*

Dziecko przybyło na obóz w dniu .....

Dziecko opuściło obóz w dniu .....

Uwagi o pobycie: .....

.....  
.....

.....  
(data i podpis organizatora)

## KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA OBOZU

### Informacje rodziców dla kierownictwa obozu, kadry pedagogicznej i służby zdrowia

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

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

2. U dziecka występują\*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, duszności, bóle stawów, wymioty, inne:

.....  
.....

3. Dziecko uczulone jest na: .....

.....  
.....

4. Ważne informacje dot. diety: .....

.....  
.....

5. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie oraz inf. czy dziecko przyjmuje leki samo, czy należy mu je podawać):

.....  
.....

6. Informacje o szczepieniach - **prosimy koniecznie załączyć do niniejszej karty kserokopię książeczki zdrowia z informacją dot. szczepień!**