KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA

OBÓZ w miejscowości ..............................................

Termin ..............................

Imię i nazwisko dziecka ..................................................................

Data ur. .............................

Adres zamieszkania ....................................................................................

tel. .........................

Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na kolonii/obozie: ...................................................... ............................................................................................................

**INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNA O DZIECKU:**

Uprzejmie prosimy o uważne wypełnienie poniższych punktów, ponieważ każda przeoczona informacja może mieć wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie dziecka w trakcie trwania imprezy. Jednocześnie prosimy o sprawdzenie, czy aktualne schorzenia lub warunki fizyczne dziecka umożliwiają mu uczestnictwo w wybranej przez Państwa imprezie.

1.Przebyte choroby (podać w którym roku życia): odra ........., różyczka ........, świnka ......... szkarlatyna ........, żółtaczka zakaźna ........., astma ......, padaczka ......, inne .......................

2.U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkanie, przewlekły kaszel i inne ........................................................................................................................................

3.Dziecko jest:\* nieśmiałe / ma trudności w nawiązywaniu kontaktów / nadpobudliwe. Inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka: ................................................................

4.Dziecko jest uczulone na\* LEKI, POKARMY, INNE: ........................................................ ................................................................................................................................................................................................................................................................................

5.Jazdę samochodem znosi DOBRZE / ŹLE\*.

6.Wszelkie pobyty w szpitalu: .................................................................................................. ................................................................................................................................................

7.Poradnie specjalistyczne, w których dziecko jest leczone przewlekle .................................. ................................................................................................................................................

8.Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .............................................................................................. ................................................................................................................................................

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA OBOZIE. WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE SZPITALNE (OPERACYJNE) W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA.

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

Data i podpis

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie w powyższym formularzu danych osobowych w celu wyjaśnienia zgłoszonej przeze mnie sprawy zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Zgoda jest zgodą dobrowolną.

……………………………………………………

Data i podpis

Niepotrzebne skreślić