

**STADNINA KONI „STUDNIEWSKI”
GUTÓW 44 ; 63-410 OSTRÓW WLKP.**

Karta kwalifikacyjna uczestnika obozu jeździeckiego

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN PRAWNY

Organizator:

STADNINA KONI STUDNIEWSKI

Gutów 44 ; 63-410 Ostrów Wlkp.

Telefon : (0-62) 736-75-40

Termin od do.....

Dane uczestnika

1. Imię i nazwisko dziecka

.....

2. Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów

.....

.....

3. Data urodzenia

4. PESEL uczestnika obozu

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

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania i telefon rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie

.....

Mama																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Koszty obozu jeździeckiego

Zobowiązuje się do uiszczenia całości kosztów pobytu dziecka w wysokościzł

Oświadczenie

Zgoda rodzica (prawnego opiekuna) na badania i leczenie oraz podawanie leków.

Wyrażam zgodę na badania , leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych
mojego/jej syna / córki (podopiecznego).

.....ur.....zam.

.....oraz

upoważniam Panią legitymującą się dowodem osobistym nr /seria
.....do podawania leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu ,

lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki , bólu, podczas jego pobytu w Stadninie Koni w Gutowie.

.....
data

.....
podpis rodziców / Opiekunów

OŚWIADCZENIE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) DZIECKA

1. Oświadczam , że znane są mnie i mojemu dziecku Regulaminy zachowania i postępowania na terenie Stadniny Koni Studniewski w Gutowie.
2. Oświadczam ,że moje dziecko będzie przestrzegać regulaminów pod rygorem wydalenia z terenu Stadniny i poniesienia odpowiednich konsekwencji z tytułu niedostosowania się do przepisów.
3. Zobowiązuję się do poniesienia wszelkiej odpowiedzialności (w tym materialnej i finansowej) za szkody wyrządzone przez moje dziecko w trakcie pobytu na terenie Stadniny Koni Studniewski w Gutowie , Gutów 44 63-410 Ostrów Wlkp.

.....
data

.....
podpis rodziców / Opiekunów

Informacja rodziców o stanie zdrowia dziecka:

Dolegliwości i objawy które mogą wystąpić u dziecka :Omdlenia ,drgawki z utratą przytomności ,częste bóle głowy ,zaburzenia równowagi ,częste wymioty ,krwotoki z nosa ,ataki duszności ,przewlekły kaszel, szybkie męczenie się ,częste bóle brzucha ,bóle stawów .lęki nocne ,inne

Przebyte choroby [podać w którym roku] : żółtaczka zakaźna ,dur brzuszny ,błonica, inne choroby zakaźne ,zapalenie nerek ,zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha ,częste anginy ,cukrzyca ,padaczka ,inne choroby.....

DODATKOWE INFORMACJE

Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

.....
Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki , rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony , jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

inne.....

.....

Podpis rodziców/opiekunów i data

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Po przeczytaniu i przyjęciu do wiadomości informacji zawartych regulaminach , karcie akceptuję w/w warunki i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w obozie jeździeckim w terminie

.....

Stwierdzam , że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku , które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

Dodatkowe informacje

Staż jazdy konnej i stopień zaawansowania – stęp, kłus, galop, skoki, ujeżdżenie

(lub wpisać początkujący) :

Zgłaszam na obóz własnego konia : TAK NIE

Wymagane jest zaświadczenie weterynaryjne o stanie zdrowia konia oraz aktualne szczepienia.

CZĘŚĆ B. WYPEŁNIA KIEROWNIK

DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU :

Postanawia się :

[] zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

[] odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
.....

.....
data

.....
podpis organizatora wypoczynku

POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc,rok) do dnia (dzień, miesiąc,rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)