

KARTA UCZESTNIKA WARSZTATÓW
w Turawie k. Opola
organizowanym przez
FUNDACJĘ XXI WIEK im. Profesora Zbigniewa Mikołajewicza

I. Dane osobowe uczestnika:

1. Imię i Nazwisko uczestnika:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Dokładny adres zamieszkania, telefon, adres mail.....
.....
.....
4. Nazwa i adres szkoły/ warsztatów / pracy
.....

Nr PESEL:											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Status prawny uczestnika turnusu (dziecko, dorosły pełny praw, dorosły ubezwłasnowolniony, inne):

II. Wniosek rodziców (opiekunów) o zakwalifikowanie dziecka na warsztaty :

1. Imię i nazwisko matki (opiekunki)..... telefon:
dom..... praca.....kom.....
2. Imię i nazwisko ojca (opiekuna).....
telefon: dom..... praca.....kom.....
3. Adres rodziców (opiekunów) podczas trwania turnusu
.....
4. Proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka na w/w warsztaty i zobowiązuję się do uiszczenia zaliczki w wysokości 500 zł do dnia 22.07. oraz do łącznej odpłatności w kwocie 1850 zł do dn. 31.07.
5. Do wniosku dołączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców lub opiekunów)

III. Opinia wychowawcy klasy, terapeuty lub osoby z Zarządu Stowarzyszenia:

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

.....

(data)

.....

(podpis)

CZĘŚĆ MEDYCZNO - ZDROWOTNA

IV. Informacja rodziców (opiekunów) o dziecku:

1. Choroby i stany, które występują u dziecka (np. wada serca po operacji – jaka, padaczka, choroba wrzodowa, cukrzyca, celiakia, niedoczynność tarczycy, inne):
.....
.....
2. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka (zakreślić w kółko) : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch inne
.....
.....
3. Przebyte choroby/szczepienia, w tym szczepienie p, Covid 19 (proszę podać w którym roku życia):,
.....
4. Wzrost: Waga: Grupa krwi:.....
5. Czy dziecko jest alergikiem: TAK/NIE * (jeśli tak to proszę podać na jakie alergeny jest uczulone).....
6. Czy dziecko nosi okulary, aparat ortodontyczny, inne aparaty.....
7. Czy dziecko zażywa stale leki (jeśli tak, proszę podać jakie, dokładne dawki i godziny podawania leków).....
.....
.....
8. Inne istotne informacje o stanie zdrowia i zachowaniu dziecka niezbędne dla zapewnienia mu właściwej opieki:.....
.....
.....

Oświadczam, że podałam/em/ wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na warsztatach.

W razie zagrożenia zdrowia i/lub życia zgadzam się na jego leczenie, leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis rodziców lub opiekunów prawnych)

V. Informacja pielęgniarki lub rodzica odnośnie szczepień:

1. Szczepienia ochronne (podać rok) : Tężec: , dur:.....
błonica:....., inne.....

2. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:.....
.....
.....

(data)

(podpis pielęgniarki/rodzica)

VI. Zaświadczenie lekarskie

Po zbadaniu dziecka/uczestnika warsztatów i zapoznaniu się z informacjami rodziców (opiekunów) o jego/jej stanie zdrowia, **stwierdzam brak przeciwwskazań** do uczestniczenia w w/w warsztatach.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)