



Akademia Aktywnego Wypoczynku
Mamut Camp
06-445 Strzegowo; ul. Ciechanowska 20
tel. 23 30 70 177, 883-455-855
info@mamutcamp.pl; www.mamutcamp.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU
FERIE ZIMOWE – MAŁE CICHE 2020**

MAŁE CICHE 42a

15-22.02.2020 r.

czas trwania

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

Nr PESEL

.....
imię i nazwisko uczestnika

.....
data urodzenia

.....
(waga, wzrost, numer buta, narty/snowboard)

.....
nazwa i adres szkoły

.....
klasa

.....
adres zamieszkania

.....
imię ojca

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail

.....
imię matki

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail

INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, na jakie leki dziecko reaguje w przypadku temperatury, bólów brzucha, bólów głowy)

Organizator:
Biuro Podróży Mamut Camp
ul. Ciechanowska 20
06-445 Strzegowo

Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki Woj. Mazowieckiego nr 2236
Turystyczna Gwarancja Ubezpieczeniowa SIGNAL IDUNA nr M 516913



Akademia Aktywnego Wypoczynku
Mamut Camp
06-445 Strzegowo; ul. Ciechanowska 20
tel. 23 30 70 177, 883-455-855
info@mamutcamp.pl; www.mamutcamp.pl

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU.

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE MOJEMU DZIECKU LEKÓW: (PRZECIWBÓLOWYCH, PRZECIWPALNYCH, PRZECIWGORĄCZKOWYCH I ROZKURCZOWYCH) W DORAŻNYCH PRZYPADKACH PODCZAS POBYTU NA OBOZIE.

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna

WYRAŻAM ZGODĘ NA FOTOGRAFOWANIE MOJEGO DZIECKA PODCZAS POBYTU NA OBOZIE ORGANIZOWANYM PRZEZ MAMUT CAMP ORAZ NA WYKORZYSTANIE JEGO WIZERUNKU POPRZECZ UMIESZCZANIA ZDJĘĆ NA STRONIE INTERNETOWEJ I PROFILU FB ORGANIZATORA.

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna

INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne

inne

.....
data

.....
podpis

INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic / opiekun)

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis

Organizator:
Biuro Podróży Mamut Camp
ul. Ciechanowska 20
06-445 Strzegowo
Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki Woj. Mazowieckiego nr 2236
Turystyczna Gwarancja Ubezpieczeniowa SIGNAL IDUNA nr M 516913



Akademia Aktywnego Wypoczynku
Mamut Camp
06-445 Strzegowo; ul. Ciechanowska 20
tel. 23 30 70 177, 883-455-855
info@mamutcamp.pl; www.mamutcamp.pl

INFORMACJA O STANIE DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.)

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
data

.....
podpis

UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY / INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

.....

.....

.....
data

.....
podpis wychowawcy / instruktora

Organizator:
Biuro Podróży Mamut Camp
ul. Ciechanowska 20
06-445 Strzegowo
Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki Woj. Mazowieckiego nr 2236
Turystyczna Gwarancja Ubezpieczeniowa SIGNAL IDUNA nr M 516913