

# KARTA UCZESTNIKA OBOZU DZIECIĘCEGO DLA UCZESTNIKA OBOZU DZIECIĘCO MŁODZIEŻOWEGO W ROWACH

Adres obozu:

CENTRUM WYPOCZYNKOWO – LECZNICZE „SŁOWIŃSKA PERŁA”

76-212 ROWY Ul. Nadmorska 33

Tel/fax 059 814 21 75 Tel. 033 877 51 26

Kom. 0- 606 454 266

Czas trwania obozu: od 30 czerwca - 11 lipca 2014 r.

Organizator: Parafia p.w. Św Jana Klimaka w Warszawie

---

Imię i nazwisko dziecka .....

Imiona rodziców .....

Data urodzenia .....

Pesel (nr ewidencyjny) .....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....

Adres rodziców (opiekunów) w czasie trwania obozu.....  
..... telefon .....

Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka (np. na co dziecko  
jest uczulone, jak znosi podróż, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach itp):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Stwierdzam, że podałam(~em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka na obozie.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis rodziców lub opiekunów)

---

## INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonica.....,  
Dur..... inne.....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)