

KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA WYCIECZKI

I. INFORMACJE ORGANIZATORA:

1. DATA WYJAZDU: **16.06.2023** POWRÓT: **17.06.2023**
2. MIEJSCE WYJAZDU – TRASA: **UL. TEATRALNA 9, 66 – 400 GORZÓW WLKP. - OŚRODEK PRZYSTAŃ LUBNIEWICE, UL. SPACEROWA 20**

II. INFORMACJE O UCZESTNIKU:

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA:
3. NR PESEL _____
4. ADRES ZAMIESZKANIA: MIEJSCOWOŚĆ

KOD

UL.

NR DOMU LOK.

5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI/OPIEKUNA

TELEFON DOM: KOM.:

6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA /

OPIEKUNA

TELEFON DOM: KOM.:

III. INFORMACJE OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)

1. CHOROBY PRZEWLEKŁE I INNE: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek, inne:

.....

2. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie zmęczenie, częste bóle brzucha, bóle stawów, inne:.....

3. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ LEKÓW (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):

.....

4. CZY DZIECKO ZAŻYWA LEKI? TAK ____ NIE ____ (proszę podać nazwę leku i dawkowanie):

.....

5. JAK DZIECKO ZNOSI JAZDĘ AUTOKAREM ? - DOBRZE - ŹLE

6. GDY MOJE DZIECKO CIERPI NA WYMIENIONE PONIŻEJ DOLEGLIWOŚCI, ZAZWYCZAJ PODAJĘ LEKI:

PRZY BÓLU BRZUCHA:

PRZY BÓLU ZĘBA, ITP.:

7. DZIECKO NOSI OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI ORTOPEDYCZNE, INNE:

.....

8. INNE UWAGI O STANIE ZDROWIA DZIECKA:

.....

9. INNE INFORMACJE OD RODZICÓW ZWIĄZANE Z WYJAZDEM DZIECKA NA WYCIECZKĘ NP. DIETA ITP.

.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie wyjazdu dziecka na wycieczkę i tym samym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczce.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna)

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W WYCIECZCE

.....
(nazwisko i imię uczestnika wycieczki)

Ja niżej podpisana/-ny wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczce do
Ośrodka Przystań w Lubniewicach, ul. Spacerowa 20
w terminie: **16.06.- 17.06.2023 r.**

1. Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań, aby moje dziecko wzięło udział w tego typu wycieczce.
2. Biorę pełną odpowiedzialność za rzeczy wartościowe zabrane przez moje dziecko na wycieczkę.
3. Zgadzam się na ewentualne podanie leków przeciwbólowych lub przeciw chorobie lokomocyjnej.
4. W razie wypadku i choroby podczas wycieczki wyrażam zgodę na udzielenie pomocy medycznej lub leczenie ambulatoryjne.
5. Biorę odpowiedzialność finansową za szkody materialne wyrządzone przez moje dziecko w trakcie trwania wycieczki wynikające z nieprzestrzegania regulaminu.

.....
(data i podpis rodzica -matki i ojca/ opiekuna prawnego)

Studio Teatralne dla dzieci i młodzieży

Ul. Teatralna 9, 66 – 400 Gorzów Wlkp.

www.studio-teatralne.pl

Kierownik Studia – Krystyna Zienkiewicz 607 103 203

Kierownik wycieczki – Agata Iwaszko 793 912 513