



Młodzieżowe Uniwersytety Matematyczne

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KARTA UCZESTNIKA OBOZU

I INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator – **Uniwersytet Rzeszowski w partnerstwie z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Chełmie i Uniwersytetem Jagiellońskim**
2. Rodzaj imprezy – **Letni Obóz Matematyczny**
3. Termin imprezy – 07.08-14.08.2011
4. Adres ośrodka – **Hotel Kudowa, ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa Zdrój, tel. +48 74 866 50 00 woj. dolnośląskie**

II ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESEL
4. Adres zamieszkania.....
5. Telefon.....
6. Adres rodziców lub opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie

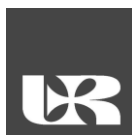
7. Dane rodziców/opiekunów	Matka/opiekunka	Ojciec/opiekun
Nazwisko i imię		
Adres zamieszkania		
Telefon komórkowy, domowy		
Telefon praca		

III ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam(rozpoznanie)
2. Dziecko może/nie może być uczestnikiem letniego obozu naukowego
3. Zalecenia dla wychowawcy.....
4. Zalecenia dla opieki medycznej.....

data

podpis lekarza



IV INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O UCZESTNIKU

1. Przebyte choroby (podać w którym roku życia lub wykreślić)

odra..... ospa..... różyczka..... świnka..... szkarlatyna..... żółtaczka zakaźna.....
 choroby reumatyczne..... choroby nerek..... astma..... padaczka..... inne.....

2. Szczepienia ochronne (podać rok)

tężec..... błonica..... dur..... inne.....

3. Wzrost.....4. Waga.....5. Grupa krwi

6 .Czy u Dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie ; _drgawki, _utrąty przytomności,
 _zaburzenia równowagi, _omdlenia, _częste bóle głowy, _lęki nocne, _trudności w zasypianiu, _tiki,
 _moczenie nocne, _częste bóle brzucha, _wymioty, _krwawienie z nosa, _duszności, _bóle stawów,
 _szybkie męczenie się, _jąkanie, _niedostuch, _przewlekły kaszel

Inne:.....

7. Dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka.....

8. Dziecko jest uczulone: tak / nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu).....

9. Dziecko nosi okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty.....

10. Dziecko zażywa stale leki.....

11. Dieta: wegetariańska, zdrowotna (jaka?).....

12. Jazdę autokarem znosi: dobrze/ źle.....

13. Inne uwagi o zdrowiu dziecka.....

14. Nazwa Kasy Chorych do której należy dziecko:

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie . Jestem świadoma(my), że zatajenie tych informacji może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia mojego dziecka i biorę za to odpowiedzialność.

ZATAJENIE LUB PODANIE FAŁSZYWYCH INFORMACJI O ZDROWIU DZIECKA ZWALNIA ORGANIZATORA OD ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE SKUTKI.

.....
data

.....
podpis rodziców lub opiekun