



INFORMACJA

1. Uczestnik akcji szkoleniowych KN PZT zobowiązany jest stosować się do poleceń wychowawców oraz regulaminu programu PZT Tennis Team i ośrodka gdzie akcja szkoleniowa jest zorganizowana.
2. Uczestnik obozu zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny oraz rzeczy wartościowe pozostawione podczas pobytu oraz w środkach transportu
4. Rodzice lub opiekunowie ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez uczestnika podczas podróży lub pobytu na akcji szkoleniowej KN PZT.
5. Na akcji szkoleniowej obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających. Nieprzestrzeżenie w/w spowoduje wydalenie uczestnika z akcji szkoleniowej i odesłanie na koszt rodziców /opiekunów/ do domu.

Ja niżej podpisany oświadczam, że regulamin akcji szkoleniowych KN PZT jest mi znany

.....
podpis rodziców/opiekunów

.....
podpis uczestnika obozu

KARTA UCZESTNIKA AKCJI SZKOLENIOWEJ KN PZT

Nazwa akcji szkoleniowej:

Miejsce:

Termin:

1. Imię i nazwisko uczestnika

2. Data urodzenia

PESEL

3. Adres zamieszkania

.....

.....

4. Telefon

5. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie

.....

.....

6. Rodzice /opiekunowie/

Ojciec /opiekun/ imię i nazwisko

Adres.....

Matka /opiekunka/ imię i nazwisko

Adres.....

7. Nazwa i adres szkoły

.....

.....

INFORMACJA RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O DZIECKU

1. Przebyte choroby /podać w którym roku życia/

odra	ospa	świnka
różyczka	szkarlatyna	astma
żółtaczkazakaźna	padaczka	inne

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku /omdlenia, bóle głowy, brzucha, duszności, przewlekły kaszel, katar, anginy, inne/

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

3. Dziecko jest /nie jest uczulone/ podać na co/

.....
.....

4. Dziecko nosi / nie nosi: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty:

.....
.....

zażywa stałe leki: jakie?.....

.....
.....

5. Dziecko jest / nie jest nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne:

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

INFORMACJA O PRZEBYTYCH SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne:

1.
2.
3.
4.
5.

Narodowy Fundusz Zdrowia:

.....
.....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem / podałam wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie. W nagłych przypadkach upoważniam trenera Polskiego Związku Tenisowego: (imię nazwisko: nr DO / Paszportu) do reprezentowania mojego dziecka w każdej sytuacji, w której w jakikolwiek sposób bezpieczeństwo mojego dziecka jest zagrożone.:

.....
.....
data podpis

INFORMACJE DODATKOWE