

OBÓZ\* w miejscowości ..... Termin .....

Imię i nazwisko dziecka .....Data ur. ....

Adres zamieszkania .....tel. ....

Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na kolonii/obozie: .....

---

---

### INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNA O DZIECKU:

Uprzejmie prosimy o uważne wypełnienie poniższych punktów, ponieważ każda przeoczona informacja może mieć wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie dziecka w trakcie trwania imprezy. jednocześnie prosimy o sprawdzenie, czy aktualne schorzenia lub warunki fizyczne dziecka umożliwiają mu uczestnictwo w wybranej przez Państwa imprezie.

1. Przebyte choroby (podać w którym roku życia): odra ....., różyczka ....., świnka ....., szkarlatyna ....., żółtaczką zakaźną ....., astma ....., padaczka ....., inne .....
2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty 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, niedosłuch, jękanie, przewlekły kaszel i inne .....
3. Dziecko jest:\* nieśmiałe / ma trudności w nawiązywaniu kontaktów / nadpobudliwe. Inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka: .....
4. Dziecko jest uczulone na\* LEKI, POKARMY, INNE: .....
5. Jazdę samochodem znosi DOBRZE / ŹLE\*.
6. Wszelkie pobyty w szpitalu: .....
7. Poradnie specjalistyczne, w których dziecko jest leczone przewlekłe .....
8. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .....

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM(AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA OBOZIE. WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE SZPITALNE (OPERACYJNE) W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA.

.....  
data

.....  
podpis

---

### ORZECZENIE LEKARSKIE:

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że dziecko MOŻE BYĆ / NIE MOŻE BYĆ\*  
uczestnikiem OBOZU\*

zalecenia : .....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* niepotrzebne skreślić