

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓLKOLONII

PARAFIA NMP MATKI KOŚCIOŁA

NAZWISKO I IMIĘ:

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:

	MAMA	TATA
IMIONA RODZICÓW:		
NUMER TELEFONU DO RODZICÓW:		

A. O POWROCIE DZIECKA DO DOMU

1. Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dzieckado domu.

Poznań,
(podpis rodzica lub opiekuna)

2. Nie wyrażam zgody na samodzielny powrót mojego dzieckado domu.

Nazwisko, Imię osoby upoważnionej do odbioru dziecka	Numer telefonu

Poznań,
(podpis rodzica lub opiekuna)

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka: *omdlenia, utraty przytomności, drgawki, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, częste wymioty, częste bóle brzucha, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, bóle stawów i mięśni, inne (wymienić jakie):

2. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki (podać jakie i dawki):

3. Czy dziecko jest na coś uczulone (podać na co):

4. Jak dziecko znosi jazdę autokarem:

5. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

6. Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nieujawnionych chorób i dolegliwości dziecka. W razie zagrożenia życia, wyrażam również zgodę na jego leczenie szpitalne, w tym także na zabiegi diagnostyczne.

Poznań,
(podpis rodzica lub opiekuna)