



Fundacja TERRA SPEI      www.terraspei.org  
siedziba: Buczkowice 43-374 ul.Akacyjowa 1235  
stajnia: Lipowa 5    34-324 Lipowa  
KRS 0000344019    Regon 241546040  
Nr Konta BZ WBK 98 1090 1740 0000 0001 1383 4358

## KARTA KWALIFIKACYJNA NA WZASY W SIODLE

Turnus data .....

### I. Dane personalne uczestnika

1. Imie i nazwisko: .....
  2. Data urodzenia: ..... Miejscowość: .....
  3. Adres zamieszkania: .....  
..... Tel domowy: .....
  4. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce:.....  
.....
  5. Telefony kontaktowe:  
Ojca: ..... tel. ....  
Matki: ..... tel. ....
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ..... zł  
Słownie .....

### II. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka:

1. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka (właściwe podkreślić):  
Omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, ataki duszności, przewlekły kaszel, częste wymioty, krwotoki z nosa, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, szybkie męczenie się, moczenie nocą, inne: .....  
.....
2. Przebyte choroby (jeśli tak – podać w którym roku): żółtaczka zakaźna ....., dur (tyfus) ....., błonnica ....., inne choroby zakaźne (jakie) ....., padaczka ....., zapalenie wyrostka robaczkowego ....., częste anginy ....., inne (jakie) .....
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: nie, tak (podać powód) .....
4. Na jaki pokarm i leki dziecko jest uczulone .....
5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką i kiedy) .....
6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem (właściwe podkreślić): dobrze, źle
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka .....
8. Dziecko potrafi (nie potrafi) pływać (dobrze, słabo) .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wczasów.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis/y rodzica/ów)