

Chrześcijański Obóz Młodzieżowy „Niepokonani”  
**KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA OBOZU MŁODZIEŻOWEGO**

**Ostróda 30 czerwca do 6 lipca 2024**

(Kartę wypełnia rodzic, drukuje, podpisuje i wysyła pocztą na adres Wspólnoty Chrześcijańskiej Misja 22:22, ul. Słoneczna 9, 55-020 Galowice)

1. Dane uczestnika wypoczynku:

Imię i nazwisko .....

Waga i wzrost .....

2. Informacje rodziców o stanie zdrowia uczestnika:

a/ Musi nosić okulary / szkła kontaktowe (właściwe podkreślić)

b/ Przebyte choroby zakaźne (wymienić).....

.....

.....

c/ Uczulenia na pokarmy / lekarstwa .....

.....

.....

d/ Na co dziecko najczęściej się skarży: .....

.....

.....

e/ Dziecko pływa: wcale, słabo, dobrze, bardzo dobrze (właściwe podkreślić)

3. Istotne informacje dodatkowe / drgawki, omdlenia, moczenie, inne /

.....

.....

4. Czy przyjmuje stale leki, jakie i w jakich dawkach: .....

.....

.....

5. Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawieniem książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień:

tężec ..... dur .....

blonnica ..... inne .....

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia dziecka.  
W razie zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Data i czytelny podpis rodziców / prawnych opiekunów

.....