**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: Obóz sportowy

2. Miejscowość: Pelplin

3. Adres: ul. Sambora 5a, 83-130 Pelplin

4. Czas trwania wypoczynku: 21-29.07.2023

5. Organizator: Pomorski Okręgowy Związek Koszykówki

6. Kontakt +48 696093052, biuro@pozkosz.com

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....................................................................................................

2. Data urodzenia ..................................................................................................................

3. Adres zamieszkania ...........................................................................................................

4. Telefon kontaktowy do opiekunów ..................................................................................

4. Nazwa i adres szkoły ...................................................................................... klasa .........

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 1000 zł

słownie jeden tysiąc złotych 00/100 zł. Forma płatności: PRZELEW / GOTÓWKA

Potrzebuję / nie potrzebuję faktury. Dane do Faktury:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |

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

 (miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

Specyficzne zalecanie żywieniowe (dieta bezglutenowa, weganizm, wegetarianizm):

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

Przyjmowane stałe leki:

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

Uczulenia na:

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

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

 (miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

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

 (podpis uczestnika obozu)