



Dziecięca Akademia Przygody s.c.

B i u r o P o d r ó ż y

01-315 Warszawa, ul. Lazurkowa 4/145

Tel. kom. 0 517 082 421/422,

www.akademia-przygody.pl , biuro@akademia-przygody.pl

KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA WYCIECZKI

(W Y J A Z D J E D N O D N I O W Y)

I. INFORMACJE ORGANIZATORA:

1. DATA WYJAZDU: ____ - ____ - ____

2. MIEJSCE WYJAZDU - TRASA:

II. INFORMACJE O UCZESTNIKU:

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

2. DATA I MIEJSCE URODZENIA:

3. NR PESEL _____

4. ADRES ZAMIESZKANIA: MIEJSCOWOŚĆ KOD

UL. NR DOMU LOK.

5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNA

TELEFON DOM: KOM.:

6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA

TELEFON DOM: KOM.:

III. INFORMACJE OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)

1. CHOROBY PRZEWLEKŁE I INNE: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek, inne:

.....

2. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie zmęczenie, częste bóle brzucha, bóle stawów, inne:

.....

3. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ LEKÓW (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):

.....

4. CZY DZIECKO ZAŻYWA LEKI? TAK ____ NIE ____ (proszę podać nazwę leku i dawkowanie):

.....

5. JAK DZIECKO ZNOSI JAZDĘ AUTOKAREM ? DOBRZE ____ ŹLE ____

6. GDY MOJE DZIECKO CIERPI NA WYMIENIONE PONIŻEJ DOLEGLIWOŚCI, ZAZWYCZAJ PODAJĘ LEKI:

PRZY BÓLU BRZUCHA:

PRZY BÓLU ZĘBA, ITP.:

7. DZIECKO NOSI OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI ORTOPEDYCZNE, INNE:

.....

8. INNE UWAGI O STANIE ZDROWIA DZIECKA:

.....

9. INNE INFORMACJE OD RODZICÓW ZWIĄZANE Z WYJAZDEM DZIECKA NA WYCIECZKĘ:

.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie wyjazdu dziecka na wycieczkę i tym samym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczce.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna)