

**Edukacyjny Inkubator Przedsiębiorczości**

**Zdziwój Nowy 24**

**06-330 Chorzele**

**Tel. 576 166 444**

**Karta Uczestnika**

Rodzaj imprezy .....

Adres Ośrodka **Edukacyjny Inkubator Przedsiębiorczości**  
**Zdziwój Nowy 24, 06-330 Chorzele**

Czas trwania .....

**1. Informacja Rodziców/Opiekunów o Dziecku**

- a. Imię i nazwisko dziecka.....
- b. Wiek.....
- c. Data urodzenia.....Pesel.....
- d. Adres zamieszkania.....
- e. Telefon do opiekuna.....
- f. Adres rodziców/opiekunów  
dziecka.....
- g. Telefon  
rodziców/opiekunów.....
- h. Kasa chorych.....

**2. Informacja Rodziców/Opiekunów o stanie zdrowia Dziecka**

- a. **Przebyte choroby:** odra.... ospa.... różyczka.... świnka.... padaczka....  
astma.... inne....

b. Czy w ostatnim roku występowały lub występują: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, wymioty, krwawienia z nosa, lęki nocne, trudności w zasypianiu, inne.....  
.....

3. **Dziecko jest uczulone:** Tak... Nie.... Jeśli tak podać na co.....

4. **Dziecko jest:** nieśmiałe, nadpobudliwe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów lub inne uwagi na temat dziecka.....

5. **Inne uwagi o zdrowiu dziecka**.....

.....  
.....

Oświadczam, że podałam/em wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku, w przypadku zagrożenia życia wyrażam zgodę na jego hospitalizację, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Miejscowość, data

Podpis Rodziców/Opiekunów