Związek Piłki Ręcznej w Polsce
ul. Puławska 300A
02-819 Warszawa
tel/fax.: (22) 892 90 11 w. 123
e-mail: ospr@zprp.org.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA KONSULTACJI OSPR

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONSULTACJI SPORTOWEJ

Termin : **od 2024-11-28 do 2024-12-01**
Adres, miejsce lokalizacji

……
……

……. ……
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika ……
2. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych……..

……

3. Rok urodzenia ……
4. Adres zamieszkania .....……
5. Numer telefonu rodziców lub opiekuna…….. ……...

……

……

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

6. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

……

……

……

……..

……..

oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

....
(data) …….. (podpis rodziców)

III. OŚWIADCZENIE RODZICÓW DOT. UDZIELENIA KONIECZNEJ POMOCY MEDYCZNEJ

Wyrażam/ nie wyrażam *

zgodę(y) na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego
dziecka (pkt.II.1) przez kierownika konsultacji lub opiekunów/trenerów w czasie trwania zgrupowania. Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w konsultacji OSPR.

…….. ……
miejscowość, data podpis opiekuna prawnego

....
(data) (matki, ojca lub opiekuna)

IV. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA PROJEKTU OSPR DO UDZIAŁU W KONSULTACJI

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:
zakwalifikować i skierować uczestnika na konsultację
odmówić skierowania uczestnika na konsultację ze względu .....
.....
.....

(data) (podpis organizatora wypoczynku)