



OBOZY MULTI-SPORT DLA DZIECI

KOPERNIK
MAKE YOUR DREAM *Camp*



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

KARTA UCZESTNICTWA DZIECKA NA PÓLKOLONIACH SPORTOWYCH

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Półkolonie Sportowe

2. Adres: 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 2a

3. Czas trwania wypoczynku:

Od 28.07.2025 Do 01.08.2025r. ☐

Od 25.08.2025 Do 29.08.2025r. ☐

Rodzic zobowiązuje się do zaznaczenia wybranego terminu turnusu.

4. Organizator: Fundacja Kujawsko Pomorskich Akademii Piłkarskich JSS Klub Sportowy - oficjalny partner Juventus FC w Polsce, z siedzibą w Toruniu przy ul. Rzepakowa 7/9, Regon: 341431440, NIP: 9562303466.

.....
(Data)

.....
(Podpis organizatora)

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

1.Imię i nazwisko Dziecka:.....

2.Data urodzenia:.....

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

4.Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

5.Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku

.....telefon.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości.....

.....zł., słownie.....zł.



OBOZY MULTI-SPORT DLA DZIECI

KOPERNIK
MAKE YOUR DREAM *Camp*



III. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW:

1. Imię i nazwisko Matki:.....
2. Adres zamieszkania.....telefon.....
3. Adres E-mail.....
4. Imię i nazwisko Ojca:.....
5. Adres zamieszkania.....telefon.....
6. Adres E-mail.....

IV. INFORMACJA RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko ma alergie (np. pokarmowe, na leki)?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, jakie:

2. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe?

☐ Tak ☐ Nie

Jakie i w jakich dawkach:

3. Inne istotne informacje (np. astma, padaczka, choroby przewlekłe, informacje na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy nie je produktów mięsnych itd.):

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

STWIERDZAM ,ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU,
KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE
TRWANIA WYPOCZYNKU

V. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok) :

Tężec.....,Błonnica.....,Dur.....,inne.....



OBOZY MULTI-SPORT DLA DZIECI

KOPERNIK
MAKE YOUR DREAM *Camp*



VI. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy –wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(Data)

.....
(podpis Rodzica lub opiekuna prawnego)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres miejsca wypoczynku)

Od dnia.....,do dnia.....

.....
(Data)
wypoczynku)

.....
(Czytelny podpis kierownika

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach,urazach ,leczeniu itp.)

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



OBOZY MULTI-SPORT DLA DZIECI

KOPERNIK
MAKE YOUR DREAM *Camp*



Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

.....

(Data)
wypoczynku)

(podpis lekarza,pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....

.....

.....

(Data)

.....

(podpis wychowawcy –instruktora)

X. UPRAWNIENIA I ZGODY:

☐ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w półkoloniach sportowych organizowanych przez Fundację Kujawsko Pomorskich Akademii Piłkarskich JSS Klub Sportowy w terminie.....

☐ Wyrażam zgodę na udzielanie pierwszej pomocy w razie wypadku lub nagłego zachorowania.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zgodnie z RODO w celu organizacji półkolonii.

☐ Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka (np. w relacjach na stronie internetowej lub mediach społecznościowych organizatora).

☐ Tak ☐ Nie

XI. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organizatora o wszelkich zmianach w stanie zdrowia dziecka lub danych kontaktowych.

.....

(Data)

.....

(podpis matki,ojca lub opiekuna