**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU**

1. **INFORMACJE ORGANIZATORA O OBOZIE**
2. Forma obozu: obóz wojskowy dla klas szkół ponadpodstawowych o profilu wojskowym/policyjnym/strażackim.
3. Adres: **Ośrodek wypoczynkowy ul. Świętej Rozalii 1a; 34-441 Niedzica**
4. Czas trwania: **3 dni – 2.09.2024-.4.09.2024**

………………., …………………20… r. (podpis organizatora obozu )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA** **NA OBÓZ WOJSKOWY**

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

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

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

............................................ tel. kontaktowy: .....................................................

4.Nazwa szkoły: ............................ …………………………………………

klasa ..........................................

Adres rodziców (opiekunów): dziecka przebywającego na obozie: ....................................................................................................................................................

............................................ tel. kontaktowy: ..........................................................................

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu dziecka do dnia **29.08.2023 (płatność** **w sekretariacie szkoły)** w wysokości **470** zł słownie zł. ( słownie)

**…………………………………………………………………………………………………..**

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

(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)

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

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

 (data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)