



soccerschools



JSS>International>Poland



**KARTA UCZESTNIKA OBOZU JUVENTUS SUMMER CAMP 2012  
(ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA)**

**Imię i nazwisko zawodnika:** .....

Płeć zawodnika (niepotrzebne skreślić) : Mężczyzna, Kobieta

Data urodzenia zawodnika: .....

PESEL zawodnika: .....

Pozycja na boisku (niepotrzebne skreślić) : Bramkarz Napastnik Obrońca Pomocnik

Obóz: Myślenice

Data (niepotrzebne skreślić):

- 01 lipca – 07 lipca
- 08 lipca – 14 lipca
- 15 lipca – 21 lipca
- 22 lipca – 28 lipca
- 29 lipca – 04 sierpnia
- 05 sierpnia – 11 sierpnia

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:** .....

Data urodzenia rodzica/opiekuna: .....

Adres zamieszkania (Ulica/Nr domu/Nr Mieszkania).....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Numer telefonu rodzica/opiekuna: .....

E-mail rodzica/opiekuna: .....

**X Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa oraz regulaminem obozów JSS Polska i akceptuję ich postanowienia.**

**X Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do celów marketingowych przez JSS Polska, JM i/lub inne firmy z ich grupy.**

.....

(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna)





soccerschools



KARTA ZDROWIA UCZESTNIKA OBOZU JUVENTUS SUMMER CAMP 2012

Imię i nazwisko: .....

Wiek:..... Waga:.....

Seria i nr książeczki ubezpieczeniowej rodzinnej lub ksero ubezpieczenia zdrowotnego rodzica

.....

Przebyte choroby (niepotrzebne skreślić): odra, ospa, różyczka, świnka, szkarlatyna, żółtaczka zakaźna, choroba reumatyczna, astma, padaczka, choroby serca, choroby nerek, inne (jakie) .....

Czy u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie (niepotrzebne skreślić): drgawki, omdlenia, wymioty, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie nocne, tiki, częste bóle brzucha, krwawienie z nosa, przewlekły katar i / lub kaszel, duszności, anginy, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedostuch, jękanie się, inne (jakie).....

Dziecko jest (niepotrzebne skreślić): nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu dziecka: .....

Dziecko pływa (niepotrzebne skreślić): bardzo dobrze, dobrze, słabo, nie potrafi pływać.

Dziecko jest uczulone: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Jeżeli TAK to na co:

Leki – jakie? .....

Pokarmy – jakie? .....

Pyłki – jakie? .....

Inne: .....

Sposób postępowania: .....

.....

Dziecko nosi (niepotrzebne skreślić): okulary, aparat ortodontyczny, aparat słuchowy, wkładki ortopedyczne, inne (jakie) .....

Dziecko zażywa stałe leki: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Jeżeli TAK to jakie i w jakich dawkach:.....

Inne uwagi na temat zdrowia dziecka:

.....

W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne. Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi oraz prawdziwe informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie sportowym.

Do powyżej karty zdrowia należy dołączyć ksero lub scan karty zdrowia zawodnika potwierdzone przez rodziców/opiekunów za zgodność z oryginałem.

.....  
(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna





soccerschools



### Orzeczenie lekarskie

Po zbadaniu dziecka stwierdzam: .....

.....

Dziecko może być uczestnikiem obozu sportowego (piłkarskiego): TAK / NIE (niepotrzebne skreślić).

Przebyte szczepienia ochronne (podać rok): tężec:..... błonica..... .dur.....

Inne:.....

Zalecenia dla opiekunów:

.....

Zalecenia dla służby zdrowia:

.....

.....

(data, czytelny podpis i pieczęć lekarza)

