

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 2025-04-11 do 2025-04-13**
Adres, miejsce lokalizacji
Hotel Olimpijski
ul. 17 Stycznia 60A, 06-400 Ciechanów

(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/właściwie zaznaczyć znakiem/:

zakwalifikować i skierować uczestnika na konsultację

odmówić skierowania uczestnika na konsultację ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)