KARTA UCZESTNIKA
KURSU / OBOZU / REJSU

Biura Turystyki Aktywnej Wandrus
00-501 Warszawa, ul. Bracka 1, tel. 022 828 34 24/39
501 647 139 fax. 022 828 34 52
80-431 Gdańsk, ul. Kubacza 12/1, tel. 058 520 28 52
502 647 139, fax 058 344 84 44
e-mail: wandrus@wandrus.com.pl
www.wandrus.com.pl

data, pieczęć, sprzedawcy

DANE UCZESTNIKA

NAZWA IMPREZY		KOD	TERMIN	
Nazwisko i imię			Nr. Paszportu	
Adres zamieszkania			Data urodzenia	
Adres rodziców w trakcie obozu			Telefon	
Nazwa i adres szkoły/ uczelni				
Uwagi:				

ZGODA RODZICÓW

Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w imprezie organizowanej przez Biuro Turystyczne Wandrus lub przy jego współpracy.

Kod nazwa imprezy termin

a w szczególności na uprawianie przez niego/nią: żeglarstwa, windsurfingu, sportów motorowych.
Wyrażam zgodę na badanie dziecka alkomatem w przypadku podejrzenia spożycia alkoholu.

Numer dowodu osobistego data czytelny podpis

✂ _

OŚWIADCZENIE O UMIEJĘTNOŚCI PŁYWANIA WPŁAW

Oświadczam, iż umiem pływać wpław (wg. wymagań na kartę pływacką, przepłynę co najmniej 200 metrów).

Podpis uczestnika kod nazwa imprezy termin

Wyrażam zgodę na pływanie uczestnika odpowiednio do treści oświadczenia.

Podpis opiekuna prawnego kod nazwa imprezy termin

OŚWIADCZENIE O UMIEJĘTNOŚCI PŁYWANIA WPŁAW

Oświadczam, iż umiem pływać wpław (wg. wymagań na kartę pływacką, przepłynę co najmniej 200 metrów).

Podpis uczestnika kod nazwa imprezy termin

Wyrażam zgodę na pływanie uczestnika odpowiednio do treści oświadczenia.

Podpis opiekuna prawnego kod nazwa imprezy termin

INFORMACJA O ZDROWIU UCZESTNIKA

Informacja rodziców (np. na co jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

……

……

Stwierdzam, iż podałem (am) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu jemu/jej opieki.

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

Informacja pielęgniarki szkolnej / lekarza szkolnego o stanie zdrowia i szczepieniach

……

……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu _____ *__niepotrzebne skreślić__

jako kandydata/tki na obóz (imprezę żeglarską) i zapoznaniu się z informacjami opiekunów o jego/jej stanie zdrowia stwierdzam **brak przeciwwskazań do*:**

- uprawiania żeglarstwa na śródlądziu i morzu,
- uprawiania jachtingu motorowodnego, windsurfingu, kajakarstwa,
- jazdy na nartach wodnych, wakeboardzie, na spadochronie za motorówką, jazdy autokarem,
- wspinaczki skałkowej

uczestnictwa w uprawianiu sportów zimowych:

- jazdy na nartach i snowboardzie,
- jazdy na skuterach śnieżnych
- jazdy na bojerach i icesurfingu,

uczestnictwa w innych imprezach, zgodnie z ich profilem i programem ……

……...

miejscowość, data, pieczęć i podpis LEKARZA