

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KURS JAZDY KONNEJ

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko uczestnika obozu.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. PESEL.....
5. Telefon.....
6. E-mail.....
7. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
.....
tel:.....

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego/j syna/córki w obozie jeździeckim zdając sobie sprawę z ryzyka związanego z uprawianiem jazdy konnej i następstw nieszczęśliwych wypadków z nią związanych.
Oświadczam że, moje dziecko nie posiada przeciwwskazań lekarskich do uprawiania jazdy konnej.

.....
(miejscowość, data) (podpis rodziców lub prawnych opiekunów)

INFORMACJE JEŹDZIECKIE

1. Posiadam Odznakę Jeździecką PZJ: BRĄZOWA, SREBRNĄ, ZŁOTĄ (niepotrzebne skreślić)
2. Jeżdżę konno od roku..... z częstotliwością 1,2,3,4,5,6,7 razy w tygodniu, 1,2,3,4,w miesiącu (niepotrzebne skreślić)
3. Najczęściej jeżdżę konno w Ośrodku Jeździeckim.....
4. Moim instruktorem/trenerem jest.....
5. Opanowałem umiejętności jeździeckie (wymień).....
6. Byłem/am na obozie jeździeckim w

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW O STANIE DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe podkreślić: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bule stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne:.....
2. Przebyte choroby (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna....., dur(tyfus) brzusny....., błonica....., zapalenie nerek....., zapalenie wyrostka robaczkowego....., zapalenie ucha....., częste anginy....., cukrzyca....., padaczka....., inne choroby.....
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie
Podać powód.....
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone.....
5. Czy dziecko otrzymywało surowice (jaką, kiedy).....
6. Czy występuje uczulenie na ukąszenia owadów(komary pszczoły...)?
6. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam:

- dziecko może być uczestnikiem wybranego kursu konnego

TAK NIE

- wskazania i

przeciwwskazania:.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)