



Fundacja Kultura Morska
Warsztaty Marynistyczne dla dzieci i młodzieży
Karta kwalifikacyjna
(tylko dla osób niepełnoletnich)

UWAGA: WSZYSTKIE PONIŻSZE INFORMACJE SĄ DO WIADOMOŚCI JEDYNIIE KIEROWNICTWA OBOZU

Imię i nazwisko
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Adres tel.

Historia przebytych chorób i obecny stan zdrowia

	Zakreśl
1. Czy jesteś obecnie w trakcie leczenia?	T N
2. Czy zażywasz obecnie jakieś leki? Jakie?	T N
3. Czy cierpisz na duszność wysiłową?	T N
4. Czy miewasz jakiegokolwiek nienormalne krwawienia?	T N
5. Czy cierpisz na alergie pokarmowe?	T N
6. Czy masz uczulenia na leki? Na jakie?	T N
7. Czy stosujesz specjalną dietę?	T N
8. Czy chorujesz lub chorowałeś na /zakreśl/ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> choroby serca padaczkę anemię </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> nadciśnienie choroby krwi cukrzycę gruźlicę </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> choroby wątroby choroby nerek astmę </div>	
inne - wymień	

Opinia lekarska

Imię i nazwisko pacjenta
 Postawa Waga
 Stopy Wzrost
 Inne

1. Ostatnie szczepienie przeciw tężcowi
2. Czy pacjent ma jakiegokolwiek ograniczenia sprawności fizycznej (lub inne)
3. Czy pacjent ma specjalne wymagania co do diety lub wypoczynku?
4. Czy pacjent wymaga stałego stosowania leków w trakcie obozu? Jakich?
5. Czy pacjent kwalifikuje się na obóz Warsztaty Marynistyczne? /Zakreśl/ T N

Data Podpis i pieczętka lekarza

Kierownictwo Warsztatów Marynistycznych zapewnia wszelkie środki bezpieczeństwa każdemu uczestnikowi obozu, nie będzie jednak ponosić odpowiedzialności za wypadki wynikłe z nieprzestrzegania regulaminu obozu lub przyjętych i/lub oczywistych zasad bezpieczeństwa.

Wyrażam zgodę na fotografowanie i filmowanie mojego dziecka podczas trwania obozu dla celów popularyzacji idei Marynistyki Stosowanej. Upoważniam również Kierownictwo Warsztatów podejmowania decyzji w moim imieniu w przypadkach wymagających nagłej opieki medycznej i braku kontaktu z rodzicem.

Zgadzam się/nie zgadzam się na samodzielne wyjścia dziecka poza teren Ośrodka i akceptuję fakt, że w przypadku drastycznego złamania załączonego regulaminu uczestnik obozu wyjeżdża natychmiast do domu na swój koszt, w sposób uzgodniony z Rodzicem lub opiekunem. Jestem świadom również tego, że ponoszę koszty wyraźnie umyślnych aktów wandalizmu mego podopiecznego na terenie Ośrodka.

Imię i nazwisko rodzica
 Podpis rodzica Data

UWAGI RODZICÓW.....



Warsztaty Marynistyczne dla dzieci i młodzieży
lato 2004

*Nie zapraszamy uczestników; zapraszamy przyjaciół,
z którymi przeżywamy wspólne pasje.*

Data.....

Imię i nazwisko:

Wiek: **Data urodzin:**.....

Adres:

Telefon:

Adres/telefon najbliższej rodziny:

Czy miałem(am) wcześniej do czynienia z marynistyką i kulturą morską? Jak to wyglądało?

Czy uprawiasz żeglarstwo? Od kiedy i w jakim zakresie?

Ulubione tematy i sprawy morskie, którymi interesuję się szczególnie

Jak ogólnie opisałbym(łabym) siebie?

Co uważam za swój dotychczasowy największy sukces?

Jak opisałiby mnie znajomi/przyjaciele?.....

Jakie są moje mocne/słabe strony?

Inne hobby i zainteresowania:

Czego spodziewam się po obozie?

Na jakie pytania chciałbyś(łabyś) znać odpowiedź przed obozem?

*Wypełniony kwestionariusz wyślij pod adres: Elżbieta Dąbrowska ECCE HOMO XXI, ul Cieszyńskiego
14/47, 81-881 Sopot,
lub e-mail homo21@wp.pl*

**MORZA MAMY PEŁNO DOKOŁA; JEŚLI JE LEPIEJ POZNAĆ
MOŻE ZNAKOMICIE UBARWIĆ
I WZBOGACIĆ NASZE LĄDOWE ŻYCIE**