

data oddania karty:.....

wpłata:.....

podpis pracownika CUBE.....

## KARTA KWALIFIKACYJNA NA WARSZTATY DLA GRACZY W CUBECP

Proszę wpisać wybrany termin: .....

### 1. DANE DZIECKA I OPIEKUNÓW

Imię i nazwisko dziecka.....

Szkoła..... klasa.....

Pesel dziecka..... Data i miejsce urodzenia .....

Adres.....

Imię i nazwisko ojca.....

Tel. domowy/komórkowy do pracy .....

Imię i nazwisko matki .....

Tel. domowy/komórkowy do pracy.....

Kontaktowy adres e-mail .....

### 2. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

a/ czy u dziecka wystąpiły w ubiegłym roku lub występują nadal (proszę podkreślić): drgawki, utraty przytomności, nocne

moczenie, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, szybkie męczenie, inne (proszę

wymienić):.....

.....

b/ czy dziecko jest chore TAK / NIE

proszę podać nazwę jednostki chorobowej .....

czy zażywa leki TAK / NIE

jakie .....

czy dziecko jest uczulone TAK / NIE

proszę podać na co, jaki przyjmuje rodzaj pokarmu i leki .....

.....

c/ jazdę samochodem dziecko znosi: DOBRZE / ŹLE

d/ Dziecko jest nieśmiałe TAK / NIE

ma trudności w nawiązywaniu kontaktów TAK / NIE

jest nadpobudliwe TAK / NIE

inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka .....

.....

### 3. Uwagi dotyczące programu – zainteresowań dziecka

.....

.....

4. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach Akademii Gier w swojej szkole? TAK / NIE

W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Stwierdzam, że podałem(łam) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.

Oświadczam jednocześnie, iż znane mi są warunki uczestnictwa dziecka w Warsztatach, program Warsztatów oraz regulamin. Przyjmuje do wiadomości, że program może ulegać zmianom w zależności od warunków pogodowych i czynników losowych.

Osoby upoważnione do odbioru dziecka:

.....

.....

.....  
data podpis rodzica (opiekuna)