



## Młodzieżowe Uniwersytety Matematyczne

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 2 do Umowy

### KARTA UCZESTNIKA OBOZU

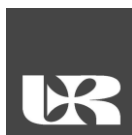
#### **I INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Organizator – **Uniwersytet Rzeszowski w partnerstwie z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Chełmie i Uniwersytetem Jagiellońskim**
2. Rodzaj imprezy – **Letni Obóz Matematyczny**
3. Termin imprezy – **07.06-15.06.2013**
4. Adres ośrodka – **Hotel „Perła Południa”, 33-343 Rytro380, woj. małopolskie**

#### **II ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESEL .....
4. Adres zamieszkania.....
5. Telefon komórkowy uczestnika .....
6. Dane osoby, którą należy poinformować w sytuacji nieszczęśliwego wypadku lub nagłej choroby

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania	
Telefon komórkowy, domowy	



#### IV INFORMACJA O UCZESTNIKU OBOZU

##### 1. Przebyte choroby (podać w którym roku życia lub wykreślić)

odra.....  ospa.....  różyczka.....  świnka.....  szkarlatyna.....  żółtaczka zakaźna.....  
 choroby reumatyczne.....  choroby nerek.....  astma.....  padaczka.....  inne.....

##### 2. Szczepienia ochronne (podać rok)

tężec.....  błonica.....  dur.....  inne.....

3. Wzrost.....4. Waga.....5. Grupa krwi . . . .

##### 4 .Czy występowały w ostatnim roku lub występują obecnie ; \_drgawki, \_utruty przytomności,

\_zaburzenia równowagi,  \_omdlenia,  \_częste bóle głowy,  \_lęki nocne,  \_trudności w zasypianiu,  \_tiki,  
 \_moczenie nocne,  \_częste bóle brzucha,  \_wymioty,  \_krwawienie z nosa,  \_duszności,  \_bóle stawów,  
 \_szybkie męczenie się,  \_jąkanie,  \_niedostuch,  \_przewlekły kaszel

Inne:.....

5. Jestem uczulony: tak /nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu).....

6. Dieta: wegetariańska,  zdrowotna (jaka?).....

7. Jazdę autokarem znoszę: dobrze/źle.....

13. Inne uwagi o zdrowiu.....

.....

W razie zagrożenia życia zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Jestem świadoma(my), że zatajenie tych informacji może wpłynąć negatywnie na stan mojego zdrowia w nagłej sytuacji i biorę za to odpowiedzialność.

**ZATAJENIE LUB PODANIE FAŁSZYWYCH INFORMACJI O ZDROWIU ZWALNIA ORGANIZATORA OD ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE SKUTKI.**

.....  
data

.....  
podpis