



ŚWIATOWE LETNIE IGRZYSKA OLIMPIAD SPECJALNYCH – BERLIN 2023

IMIĘ I NAZWISKO DELEGATA			
NAZWA ODDZIAŁU REGIONALNEGO			
DYSCYPLINA			
KWALIFIKACJA:			
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU W NAGŁYCH PRZYPADKACH			
TELEFON KOMÓRKOWY DO OSOBY KONTAKTOWEJ			
E-MAIL DO OSOBY KONTAKTOWEJ			
ZWIĄZEK Z DELEGATEM			
DATA URODZENIA DELEGATA	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
MIEJSCE URODZENIA DELEGATA			
NUMER PESEL DELEGATA			

**DELEGAT MUSI WRAZ Z TYM FORMULARZEM DOSTARCZYĆ SKAN (PDF) DOWODU OSOBISTEGO (OBIE STRONY)
LUB JEŚLI WYBRAŁ PASZPORT TO SKAN (PDF) PASZPORTU - STRONY ZE ZDJĘCIEM**

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO	
---------------------------------	--

JEŚLI DELEGAT WYBRAŁ DOWÓD OSOBISTY JAKO DOKUMENT WJAZDOWY DO NIEMIEC

**JEŚLI DELEGAT PREFERUJE POSŁUGIWAĆ SIĘ PASZPORTEM:
(PRZYPOMINAMY, ŻE DO WJAZDU NA TEREN NIEMIEC WYSTARCZY WAŻNY DOWÓD OSOBISTY)**

NUMER PASZPORTU			
DATA WYDANIA PASZPORTU		DATA WAŻNOŚCI PASZPORTU	
OBYWATELSTWO		KRAJ WYDANIA PASZPORTU	

ADRES ZAMIESZKANIA DELEGATA (Z KODEM POCZTOWYM I MIEJSCOWOŚCIĄ)			
ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI INNY NIŻ ZAMIESZKANIA) (Z KODEM POCZTOWYM I MIEJSCOWOŚCIĄ)			
TEL. KOM. DELEGATA			
E-MAIL DELEGATA			
WYMAGANIA DIETY DELEGATA			

DATA I PODPIS DELEGATA

INFORMACJA MEDYCZNA DELEGATA									
Alergie i Diety					Czy Delegat używa (zaznacz jeśli dotyczy)				
	Nie	Tak, podaj szczegóły							
*Czy jest alergikiem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Aparat ortodontyczny	<input type="checkbox"/> Kolostomia	<input type="checkbox"/> Urządzenia do komunikacji		
• *Lateks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Maski do leczenia bezdechu sen.	<input type="checkbox"/> Kule lub balkonik	<input type="checkbox"/> Protezy dentystyczne		
• *Leki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Okulary lub szkła kontakt.	<input type="checkbox"/> Gastro lub Jejunostomia	<input type="checkbox"/> Aparat Słuchowy		
• *Ukąszenia owadów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Wszczepy	<input type="checkbox"/> Inhalator	<input type="checkbox"/> Rozrusznik serca		
• *Alergie pokarmowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Protezy odpinane	<input type="checkbox"/> Unieruchomienia	<input type="checkbox"/> Wózek inwalidzki		
*Specjalne wymagania diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Uwarunkowania zdrowotne					Wymień wszystkie leki, witaminy oraz suplementy jakie zażywasz				
	Nie	Tak		Nie	Tak	Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie	
*Wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Anemia sierpowata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*Cechy sierpowatych krwinek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Krwawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*Utrata wzroku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*Wrodzone wady serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*Utrata Słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Czy zażywa leki na stałe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infekcje i epilepsja/zaburzenia napadowe				Nie	Tak, podaj szczegóły				
*Czy Delegat aktualnie ma ostrą infekcję?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*Czy Delegat ma epilepsję lub inny rodzaj zaburzeń napadowych?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jeśli tak, to jakie to zaburzenie?									
Inne uwarunkowania		Nie	Tak, podaj szczegóły						
*Przewlekła infekcja?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
*Problemy ze zdrowiem psychicznym ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
*Brakujące organy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
*Problemy kardiologiczne?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Covid 19									
*Czy przeszedłeś Covid -19 ? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak podaj datę pozytywnego testu na covid (dd/mm/rrrr)_____									
* Zaznacz opis pasujący do objawów jakich doświadczyłeś									
<input type="checkbox"/> Bez objawów									
<input type="checkbox"/> Łagodne objawy – kaszel, utrata smaku, węchu lub uczucie zmęczenia, które ustąpiło po około 2 tygodniach									
<input type="checkbox"/> Umiarkowane objawy– duszności przy wysiłku, ogólne bóle mięśni									
<input type="checkbox"/> Ciężkie objawy – hospitalizacja									
Opisz czy i jakie wystąpiły komplikacje po zakażeniu COVID-19:									
Opisz wszystko inne, związane z Twoim stanem zdrowia, co chciałbyś przekazać Olimpiadom Specjalnym:									

DATA I PODPIS DELEGATA

Zwrot do 31 grudnia 2022 na adres: Olimpiady Specjalne Polska, ul. Leszno 21, 01-199 Warszawa tel. 604 208 279