

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU
DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

WARUNKI UCZESTNICTWA W OBOZIE

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu, ośrodka gdzie jest organizowany obóz oraz do poleceń wychowawcy.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą aktualną legitymację szkolną.
3. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny oraz rzeczy wartościowe uczestnika nie zdeponowane u wychowawcy.
4. W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu obozu uczestnik zostaje wydalony z placówki na koszt własny.
5. Uczestnik lub jego rodzice ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na obozie.
6. Uczestnikowi zabrania się posiadania telefonu komórkowego poza czasem do tego wyznaczonym oraz poza wiedzą wychowawcy.
7. Rodzic uczestnika poświadcza pisemnie przed wyjazdem na obóz o braku infekcji i objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną uczestnika oraz nie przebywania na kwarantannie i braku kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem obozu.
8. Rodzic zobowiązuje się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru uczestnika z obozu w przypadku stwierdzonego przez lekarza wystąpienia niepokojących objawów choroby.
9. Uczestnik ma obowiązek stosować się do wzmoczonych zasad sanitarno – higienicznych.
10. Rodzic wyraża zgodę na systematyczny pomiar temperatury ciała uczestnika przez wychowawcę lub osobę do tego uprawnioną.
11. Rodzic wyraża zgodę na rozpowszechnianie wizerunku uczestnika utrwalonego podczas obozu.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców i uczestnika)

/pieczęć organizatora/

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku /właściwe zaznaczyć znakiem „X”/

kolonia

obóz

inna forma wypoczynku
(proszę podać formę)

2. Termin wypoczynku **30.06– 8.07.2024 r.**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku Hotel Colosseum , ul.
Gołgapska 12 , 19-400 Olecko

Warszawa,
(miejsowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona i nazwiska rodziców
3. Rok urodzenia,
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców (w przypadku uczestnika niepełnosprawnego)
6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec

błonica

dur

inne

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wycieczki)

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI

Postanawia się/właściwe zaznaczyć znakiem/:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wycieczki)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYCIECZKI POBYTU UCZESTNIKA WYCIECZKI W MIEJSCU WYCIECZKI

Uczestnik przebywał (adres miejsca wycieczki).....

od dnia/dzień, miesiąc, rok/..... do dnia /dzień, miesiąc, rok/.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYCIECZKI O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYCIECZKI W CZASIE TRWANIA WYCIECZKI ORAZ O CHOROBY PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wycieczki)

ZGODA - OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko uczestnika wycieczki)

opieką zdrowotną, w tym na przeprowadzenie profilaktycznego przeglądu, przez pielęgniarkę/higienistkę. Wyrażam zgodę na leczenie, lub hospitalizację mojego dziecka w czasie trwania wycieczki w razie choroby, lub urazu.

.....
(data) (czytelny podpis rodzica / opiekuna)

ZGODA - OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW

Wyrażam/nie wyrażam* zgodę/zgody na udział mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko uczestnika wycieczki)

w zajęciach przewidzianych programem obozu oraz na udział w dyscyplinach sportowych (aktywności) zawartych w ofercie wycieczki .

.....
(data) (czytelny podpis rodzica / opiekuna)

ZGODA - OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW

Wyrażam zgodę na fotografowanie mojego dziecka podczas obozu Olecko 2024 dla celów reklamowych i promocyjnych Uczniowskiego Klubu Sportowego Sparta Białoleka oraz na publikowanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej(www.spartabialoleka.pl, fanpage klubu zawierających zdjęcia z przebiegu wycieczki.

.....
(data) (czytelny podpis rodzica / opiekuna)

*Niepotrzebne skreślić

ZGODA - OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Ja niżej podpisany/ a

niniejszym oświadczam, że mój syn/ córka*

Imię i nazwisko

potrafi / nie potrafi * pływać.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE - ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku

.....
w razie konieczności, leku (przeciwbólowego, przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego, rozkurczowego)
(nazwa leku, w dawce)

Informuję, że dziecko przyjmuje leki na stałe:

(nazwa leku, w dawce).....

Wyrażam zgodę

- na podanie w/w leków mojemu dziecku,
- gdy wystąpi taka potrzeba, na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony dziecka.

.....
/data/

.....
/podpis rodziców / opiekunów