



**UCZESTNIKA
WYPOCZYNKU**

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 30 marca 2016 r. w sprawie wycieczek dzieci i młodzieży

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU
(wypełnia organizator wycieczki)

1. Forma wycieczki (niepotrzebne skreślić): obóz/zimowisko/biwak/inna forma wycieczki (podać formę):	
2. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji (lub trasa jeśli ma on charakter wędrowny): Ośrodek Wypoczynkowy „Cztery Korty” 89-530 Śliwice, Okoniny Nadjeziorne62	
3. Termin wycieczki: Od 02.08.2020 do 09.08.2020	
.....
podpis organizatora wycieczki	miejsce, data

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:
(wypełniają rodzice)

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika:	
2. Data urodzenia uczestnika:	
3. Numer PESEL uczestnika:	
4. Adres zamieszkania uczestnika:	
5. Dane obojga rodziców - w przypadku uczestnika niepełnoletniego. (w przypadku uczestnika pełnoletniego wystarczy numer telefonu rodziców lub wskazanej osoby).	
I. Imię i nazwisko:	Telefon:
Adres	
II. Imię i nazwisko	Telefon:
Adres	

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

.....

.....

7. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie:

7.1 Uczestnik zażywa stale leki (jakie? Podać nazwę, dawkowanie):

.....

7.2 Uczestnik ma uczulenia/alergie: tak/nie (podać na co, oraz inne istotne informacje, np. nazwa leku):

.....

7.3 (właściwie zakreślić kółkiem): Uczestnik nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, aparat/wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty (podać jakie):

7.4 Uczestnik korzysta ze specjalnej diety (podać szczegóły):

.....

7.5 Jazdę samochodem/pociągiem znosi dobrze/źle (zakreślić)

7.7 Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, specjalnych potrzebach uczestnika:

.....

8. Informacje o szczepieniu ochronnych (można też dołączyć czytelną kserokopię książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – w takim wypadku proszę wstawić krzyżyk potwierdzający załączenie kserokopii):

Podać rok szczepienia:

tęzec:, błonica:, dur:,
inne:

NIE WYMAGANE ALE WARTO Podać ROK SZCZEPIENIA DLA:

Polio:, BCG:, WZW:, ospa:

9. PONIŻSZE INFORMACJE NIE SĄ WYMAGANE LECZ ZALECA SIĘ JE Podać:

W ostatnim roku uczestnik przebywał w szpitalu: tak/nie (zakreślić, jeżeli "tak" - podać powód)

.....

Przebyte choroby (zakreślić i/lub podać rok): odra:, różyczka:, ospa wietrzna:, szkarlatyna:, żółtaczka zakaźna:, świnka:, choroby nerek (jakie? wzw?), choroba reumatyczna:, astma:, padaczka:, inne przebyte ważne

(właściwe zakreślić kółkiem): U uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkania, inne.....

Grupa krwi uczestnika:.....

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

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu uczestnika na formie wypoczynku.

Jeśli uczestnik przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam uczestnika w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku.

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

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku wyżej wymienionego uczestnika do celów statutowych UKS JUNAK i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie uczestnika; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową UKS JUNAK, także tych, w których uczestniczyć będzie uczestnik; 3) użycie wizerunku uczestnika, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez UKS JUNAK, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Oświadczam, że zostałam poinformowana(y), znam i akceptuję warunki uczestniczenia wyżej wymienionego uczestnika w wyżej wymienionym wypoczynku, w szczególności w zakresie:

- 1.Opieki.
- 2.Terminu wypoczynku, miejscu wypoczynku
- 3.Regulaminu wypoczynku
- 4.Noclegów i wyżywienia.
- 7.Charakteru zajęć i dyscypliny uczestników.
- 7.Ekwipunku i wyposażenia uczestników.
- 8.Kosztów uczestnictwa.

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów wypoczynku uczestnika w wysokości 1450,00zł do dnia 31.05.2020

.....
miejsceowość, data

.....
podpisy obojga rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku

III. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

(wypełnia organizator wypoczynku)

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnik na wypoczynek/ Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu (niepotrzebne skreślić):

.....
data

.....
podpis organizatora

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZUNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU (wypełnia kierownik wypoczynku)

Uczestnik przebywał (podać adres miejsca wypoczynku):

Ośrodek Wypoczynkowy „Cztery Korty” 89-530 Śliwice, Okoniny Nadjeziorne 62

od dnia 02.08.2020

do dnia 09.08.2020 r.

.....
data

.....
podpis kierownika wypoczynku

V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE (wypełnia kierownik wypoczynku)

.....
miejsceowość, data

.....
podpis kierownika wypoczynku

VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU (wypełnia wychowawca wypoczynku)

.....
Miejsceowość, data

.....
podpis wychowawcy

WYCIĄG Z WARUNKÓW UCZESTNICTWA W OBOZIE UKS JUNAK

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu sportowego, zabrać legitymację szkolną oraz ważne zaświadczenie o stanie zdrowia **sportowca od lekarza medycyny sportowej**
2. Na obozie obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających. Nie przestrzeganie w/w zasad spowoduje wydalenie uczestnika z obozu i odwiezienie do domu na koszt rodziców (opiekunów prawnych)
3. W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub zasad ustalonych na obozie sportowym może zostać podjęta decyzja o usunięciu uczestnika z obozu i odwiezienie go do domu na koszt rodziców (opiekunów prawnych)
4. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione podczas pobytu w ośrodku i podczas transportu
5. **NIE ZABIERAMY TELEFONÓW KOMÓRKOWYCH**
6. Kontakty z dziećmi za pośrednictwem telefonów trenerów (opiekunów) w wyznaczonych godzinach.
7. Zabrania się rodzicom/opiekunom prawnym odwiedzać dzieci w trakcie trwania obozu.
8. Rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani są do punktualnego przyprowadzenia uczestnika na miejsce zbiórki oraz do odebrania go po powrocie z miejsca przyjazdu
9. Uczestnik będzie posiadał aktualne badania lekarskie zezwalające na uczestnictwo w obozie sportowym oraz dostarczy wszystkie wymagane dokumenty wraz z podpisami
10. Organizator nie ponosi odpowiedzialności i nie ponosi kosztów leczenia uczestników wypoczynku
11. Zleceniobiorca zastrzega sobie możliwość zmiany kosztów obozu przy zmianie cen w kraju (paliwo, energia itp.) Jednocześnie oświadczam że wyrażam zgodę na pokrycie szkód materialnych wyrządzonych przez moje dziecko w trakcie trwania obozu.
12. W przypadku rezygnacji (uczestnika) po wpłaceniu przez klub zaliczki uczestnik (opiekun prawny) zostanie obciążony kosztami zgodnie z umową między Zleceniobiorcą a Zleceniodawcą
13. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni pobytu
14. Niniejsze warunki stanowią integralną część umowy zawartej z Zleceniobiorcą .

Oświadczamy, że akceptujemy powyższe warunki

Podpis rodziców / prawnych opiekunów

Podpis uczestnika

.....