

Organizatorzy, pragnąc zapewnić wszystkim uczestnikom bezpieczny, spokojny i zdrowy wypoczynek, ustalają następujący, obowiązujący wszystkich regulamin:

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminów obowiązujących w trakcie trwania wypoczynku oraz poleceń wychowawców i kierownika.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (odzież, obuwie, rzeczy osobiste itp.)
3. **Uczestników obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu, używania środków odurzających itp. oraz stosowania agresji w jakiegokolwiek postaci.** Wszelkie przypadki łamania tego zakazu oraz regulaminów związanych z bezpieczeństwem uczestników będą karane, łącznie z dyscyplinarnym wydaleniem z wypoczynku na koszt własny (rodziców, opiekunów).
4. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za rzeczy zagubione lub pozostawione przez uczestników podczas pobytu na wypoczynku oraz w środkach transportu.
5. Uczestnik (rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone przez niego szkody, podczas podróży i pobytu na wypoczynku.
6. Każdy uczestnik ma prawo zgłaszać swoje uwagi dotyczące spraw organizacyjnych oraz realizowanego programu.

.....
podpis rodzica (opiekuna)

.....
podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, oraz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (dz.u.nr. 133 poz.883).

Oświadczam, że z programem i regulaminem obozu zapoznałam(em) się, przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika / rodzica / opiekuna)



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU - SKRZYDLATE ZIMOWISKO

I. Organizatorem wypoczynku jest Fundacja SKRZYDŁA DLA EDUKACJI

ul. Szmaragdowa 1, 20-570 Lublin

TERMIN	MIEJSCE OBOZU	✓	WIEK
31.01 - 05.02.2015	Hotel i Restauracja Pod Kominkiem Komańcza 133; 38-543 Komańcza		6-12

Proszę zaznaczyć odpowiedni

KARTĘ WYPEŁNIA RODZIC (OPIEKUN PRAWNY)

II. Wniosek o przyjęcie uczestnika na placówkę w której odbędą się obóz

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data urodzeniaPESEL
3. Adres zamieszkania
Kod pocztowytel.e-mail:.....
4. Nazwa i adres szkoły
..... klasa
5. Imię matki:....., imię ojca:.....
6. Adres rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku
..... tel.
7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości:.....
słownie.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna/ uczestnika)

III. Informacja o stanie zdrowia uczestnika (np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) Inne uwagi.

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

.....
Informacje o przewlekłych chorobach, trwałych urazach.....
.....
.....
.....
.....

..
Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na zimowisku.

.....
(miejsowość, data) (czytelny podpis rodzica lub opiekuna/ uczestnika)
.....

IV. Informacja pielęgniarki o szczepieniach (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec, błonica.....,
dur, inne (jakie).....

Numer książeczki ubezpieczeniowej ! :

.....
(miejsowość, data) (podpis pielęgniarki)
.....

V. Informacja o uczestniku wychowawcy klasy (w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
(pieczęć szkoły)
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy)
.....

VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować uczestnika do placówki wypoczynku
2. Odmówić skierowania ze względu na

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora)

VII. Potwierdzenie pobytu uczestnika na obozie. Uczestnik przebywał na obozie w dniach

.....
(miejsowość, data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VIII. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie pobytu na obozie (dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.) Organizator informuje o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji uczestnika:

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza, pielęgniarki)

IX. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy, kierownika, trenera o uczestniku podczas pobytu na obozie

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)