

**KARTA KWALIFIKACYJNA uczestnika wycieczki**
Stowarzyszenie KKK XOBO xoboklub@gmail.com tel.506 159 502**VI. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

- zakwalifikować uczestnika na wycieczkę
 odmówić uczestnictwa w wycieczce ze względu

Data Podpis organizatora wycieczki

VII. OŚWIADCZENIE WYCHOWAWCY DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Zapoznałem się z treścią karty kwalifikacyjnej

Data Podpis wychowawcy dziecka

VIII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na wycieczce

- Xobo Summer Camp 2024 turnus I

Data Podpis kierownika wycieczki

IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Data Podpis lekarza lub pielęgniarki na wycieczce

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

Forma wycieczki: Obóz sportowy

 XOBO SUMMER CAMP 2024 TURNUS I

Ośrodek Heweliusz, ul. Bałtycka 10, 76-212 Rowy

www.heweliusz-rowy.pl**DANE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Nazwisko i imię

2. Data urodzenia ____ - ____ - _____ PESEL _____

3. Adres zamieszkania:

kod pocztowy miejscowość

ul.

4. Szkoła

DANE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

mama/opiekun 1: (imię i nazwisko) telefon

tata/opiekun 2: (imię i nazwisko) telefon

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.)).

.....
(podpis rodzica/opiekuna).....
(podpis rodzica/opiekuna)

W razie niemożności złożenia podpisu przez jednego z rodziców lub opiekunów prawnych, koniecznie prosimy o adnotację.

.....

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Przebyte choroby: (podkreślić dotyczące)

różyczka, ospa, świnka, odra, szkarlatyna, żółtaczką, astma, choroby: nerek, serca, reumatyczne

Dziecko przyjmuje stale / okresowo leki (jakie?):

.....
(prosimy dołączyć zalecenie od lekarza - nazwa leku, sposób postępowania).

Dziecko choruje na padaczkę: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

Dziecko choruje na cukrzycę: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

Nasilone dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku lub nadal: (podkreślić dotyczące)

drgawki, utraty przytomności, nocne moczenie, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, bóle brzucha, niedosłuch, duszności, przewlekły kaszel, anginy, krwawienie z nosa, łęki nocne, trudności w zasypianiu, szybkie męczenie, inne ?

Dziecko jest: (podkreślić dotyczące) nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, jest nadpobudliwe

Dziecko jest uczulone: TAK NIE (podkreślić dotyczące)

(podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu, sposób postępowania)

Dziecko nosi: (podkreślić dotyczące) okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty

Przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu:

Jazdę autokarem znosi: DOBRZE, ŹLE (podkreślić dotyczące)

dziecko zostało zaszczepione według kalendarza szczepień

INFORMACJA RODZICA O DZIECKU (ewentualne zalecenia dla wychowawcy)

UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKÓW W CZASIE WYPOCZYNKU

(Proszę wypełnić nawet w przypadku, jeśli dziecko nie przyjmuje na stałe leków.

Jakiegokolwiek leki, przepisane i zalecane przez lekarza, są podawane dopiero po telefonicznym uzgodnieniu).

Upoważniam wychowawcę kolonijnego do podawania leków dziecku
podczas wypoczynku w dniach 23-29.06.2024r. (imię i nazwisko dziecka)

Data Podpis Rodzica

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA PRZEZ OSOBY INNE NIŻ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE

(Proszę wypełnić w przypadku, jeśli dziecko nie będzie mogło być odebrane osobiście przez rodzica lub prawnych opiekunów)

Ja, upoważniam

....., legitymującego/legitymującą się

dowodem osobistym numer: do odbioru mojego dziecka

....., w dniu 29 czerwca 2024r. i tym samym zwalniam od tego momentu

organizatorów wypoczynku oraz wychowawcę z odpowiedzialności za moje dziecko.

Data Podpis Rodzica/opiekuna

ZOBOWIĄZANIE DO UISZCZENIA KOSZTÓW POBYTU DZIECKA

CENA 1749zł ZADATEK 250zł /płatny przy zgłoszeniu/

I rata 699zł /do 10 maja 2024r. II rata 800zł /do 13 czerwca 2024r. - zniżki uwzględniać proszę przy II racie

nr konta mBank: 04 1140 2004 0000 3502 7961 1664

Prosimy wpisać w tytule przelewu: rata I/II Summer Camp 1/imię i nazwisko dziecka

MOJE DZIECKO CHCE BYĆ W POKOJU Z:

REGULAMIN

Zadaniem organizatora jest zapewnienie jak najlepszych warunków wypoczynku, a także aktywnego uczestniczenia w życiu grupy oraz organizowania w sposób przyjemny i pożyteczny czasu wolnego.

Uczestnicy wypoczynku mają prawo do:

- spokojnego wypoczynku,

- uczestniczenia we wszystkich zajęciach, wycieczkach i imprezach organizowanych podczas wypoczynku

- korzystania ze wszystkich urządzeń i sprzętu przeznaczonego do realizacji programu znajdującego się na terenie placówki wypoczynku.

Uczestnicy mają obowiązek:

1. Przestrzegać zasad bezpieczeństwa i p-poż. w budynku i poza nim.

2. Bez wiedzy wychowawcy nie opuszczać placówki wypoczynku i nie oddalać się od grupy.

3. Brać czynny udział w życiu wypoczynku i uczestniczyć w zorganizowanych zajęciach.

4. Być uprzejmym w stosunku do wszystkich osób przebywających na wypoczynku.

5. Przestrzegać rozkładu dnia, szczególnie ciszy nocnej.

6. Szanować cudzą i osobistą własność.

7. Dbać o estetykę oraz czystość osobistą i otoczenia.

8. Ściśle przestrzegać regulaminu wypoczynku.

Rezygnacja z udziału w wypoczynku może nastąpić jedynie na zasadach określonych w „Warunkach Uczestnictwa” (dostępne: w biurze Organizatora oraz na www.xobo.org.pl).

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Regulaminem wypoczynku oraz Warunkami Uczestnictwa i zobowiązuję się do odpowiedzialności za przestrzeganie ich przez moje dziecko. Obowiązującą odpłatność za wypoczynek przekażę na konto do dnia wskazanego w ulotce i w Warunkach Uczestnictwa. Wyrażam zgodę na zamieszczenie zdjęć i video z wypoczynków na stronie www.xobo.org.pl i profilu klubowym Facebook/Instagram.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje - gdy kontakt telefoniczny z rodzicem jest niemożliwy, a szybki czas reakcji konieczny jest do ratowania życia.

Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wypoczynku.

Oświadczam, że dziecko może być uczestnikiem wypoczynku, nie ma przeciwwskazań medycznych do wzmózonej aktywności ruchowej.

Data

Podpis Rodzica