

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).

Wyrażam / nie wyrażam zgodę(y) na umieszczanie zdjęć uczestnika w domenach internetowych obsługiwanych przez organizatora w celach promocyjnych.

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

.....
(miejsowość, data)

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

Rozmiar koszulki:

110-116; 122-128; 134-140; 146-152;
S; M; L; XL



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

WYPOCZYNIKU

SKRZYDLATE WAKACJE

**I. Organizatorem wypoczynku jest
Fundacja SKRZYDŁA DLA EDUKACJI
ul. Szmaragdowa 1, 20-570 Lublin**

TERMIN	MIEJSCE OBOZU	✓	WIEK
24.06 -5.07.2017	Farma Szkoleniowo-Rekreacyjna Ametyst 42-421 Rzędkowiec		6 -14
21.07-1.08.2017	Hotel i Restauracja „Pod Kominkiem” Komańcza 133;		6 -12

KARTĘ WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNIKU

1. Imię i nazwisko uczestnika.....

2. Data urodzenia/...../.....PESEL

3. Adres zamieszkania

.....kod pocztowy-.....tel.

4. Nazwa i adres szkoły

..... klasa

5. Imię i Nazwisko matki/opiekunki:....., tel.

6. Imię i Nazwisko ojca/opiekuna:....., tel.

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH (lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec, błonica.....

dur, inne (jakie).....

/lub **zgodne z kalendarzem szczepień.**

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

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....
(miejsowość, data) (podpis organizatora)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA.

Uczestnik przebywał na wypoczynku w

dniach

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

VII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE POBYTU (dane o zachowaniu, urazach, leczeniu itp.) Organizator informuje o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji uczestnika:

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

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

VIII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY, KIEROWNIKA, O UCZESTNIKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE

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

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