

**IV. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O
ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W
WYPOCZYNKU**

Postanawia się:

Zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

Odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

**V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał

.....
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok)

do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA
UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O
CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

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

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku: Obóz rekreacyjno-sportowy
2. Adres placówki: **Ośrodek TATAR** ul. Katowicka 20D, 96-200 Rawa Mazowiecka
3. Czas trwania : 21.08.2021r. – 27.08.2021r. Przejazd: Autokar.
4. Organizator: Uczniowski Klub Sportowy "SameJudo", ul. Powstańców 37/241 ,
05-091 Ząbki
5. Zbiórka: 21.08.2021 (sobota) godz. 10:30, parking w Parku Górczewska
wjazd od ul. Raginisa.
6. Powrót: 27.08.2021 (piątek) godz. 10:00, parking w Parku Górczewska
wjazd od ul. Raginisa.

**II. WNIOSEK I ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE
DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Imiona i nazwiska rodziców, numery telefonów
3. Data urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobyt rodziców
6. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, 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 (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....
.....
STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

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

tężec

błonica

dur

inne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oraz numer PESEL uczestnika

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 opiekuna/pełnoletniego opiekuna)

III. WARUNKI UCZESTNICTWA

1. Podstawą uczestnictwa w obozie jest uiszczenie kosztów pobytu dziecka w wysokości 1000zł (słownie: tysiąc złotych) a także oddanie karty kwalifikacyjnej do 20.08.2021r
2. Uczestnicy obozu są ubezpieczeni od następstw nieszczęśliwych wypadków w okresie od dnia rozpoczęcia do dnia zakończenia imprezy.
3. Organizator nie odpowiada za utratę mienia uczestników na skutek kradzieży, zguby lub zniszczenia, organizator nie ponosi także odpowiedzialności za pieniądze, przedmioty wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestnika podczas pobytu na obozie i w środkach transportu.
4. Uczestnicy zobowiązani są do przestrzegania regulaminu obozu.
5. Za ewentualne szkody wyrządzone przez dziecko odpowiadają rodzice, którzy po zakończeniu obozu zostaną obciążeni rachunkiem za straty.
6. Uczestnikom nie przysługuje zwrot świadczeń niewykorzystanych w trakcie trwania obozu (np. choroba w czasie obozu, wcześniejszy wyjazd z obozu).
7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w celach marketingowych prowadzonych przez SameJudo
8. Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)