OGÓLNE WARUNKI UCZESTNICTWA WYPOCZYNKU

1. Uczestnik wypoczynku zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców, stosować się do regulaminów kolonii/obozu/zimowiska, półkolonii i ośrodka oraz poleceń wychowawców.
2. **Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą, w zależności od kierunku wyjazdu, odpowiedni dowód tożsamości (paszport i aktualną legitymację szkolną).**
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz inne rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu.
4. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za używanie przez uczestnika wypoczynku leków nie wpisanych do karty kwalifikacyjnej i bez uzgodnienia ich stosownie z opiekunem.
5. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania lekarstw – uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych lekarstw.
6. Uczestnik powinien zaopatrzyć się w niezbędny ekwipunek (ubrania, obuwie, rzeczy osobiste, środki higieny osobistej, kosmetyki, tabletki przeciwbólowe, witaminy i tabletki od choroby lokomocyjnej).
7. Uczestnik może być oddany pod opiekę Rodziców lub Opiekunów prawnych na ich pisemny wniosek określający datę, czas nieobecności, osobę, której powierza się bezpośrednią opiekę, kontakt w czasie nieobecności.
8. W przypadku spożywania alkoholu i środków odurzających, przebywania pod ich wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu pobytu uczestnik zostanie wydalony z ośrodka na koszt własny (Rodziców i Opiekunów).
9. Rodzice/Opiekunowie pokryją powstałe z winy uczestnika straty, udowodnione na podstawie sporządzonego w obiekcie protokołu, podpisanego przez kierownika wypoczynku.
10. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane przez uczestnika dni pobytu oraz świadczenia na kolonii/obozie/zimowisku, półkolonii.

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że warunki uczestnictwa w wypoczynku są mi znane.

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

. . . . . .
czytelny podpis uczestnika wypoczynku

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Okręgowy w Krośnie
ul. Wojska Polskiego 41, 38-400 Krosno

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku1)
☐ kolonia, ☐ zimowisko, ☐ obóz, ☐ biwak, ☐ półkolonia 1)

☐ inna forma wypoczynku **Turnus Integracyjno-wypoczynkowy**
(proszę podać formę)

2. **Termin wypoczynku 17.08 - 26.08.2018r.**
3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku **Grzybowo**

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym 2) ……..

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą ……

Krosno 2018r. ……
(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika .....

2. Imiona i nazwiska rodziców .....

3. Data urodzenia .....

Nr PESEL											

4. Adres zamieszkania .....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów3)

…….....

6. Numer telefonu rodziców/opiekunów uczestnika wypoczynku,

….....

Ilość dzieci na utrzymaniu rodziny ……....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ustalonej przez organizatora.

III.INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1.Proszę podkreślić dolegliwości i objawy które występują u dziecka:
omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły katar, szybkie męczenie się, bóle brzucha, bóle stawów,

lęki nocne, moczenie nocne, inne …….....

2. Przebyte choroby zakaźne: żółtaczka, różyczka, ospa , odra .....,
3.Proszę podkreślić choroby które wystąpiły u dziecka: zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uszu, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, cukrzyca, padaczka, świnka,

angina....., grypa ....., alergia /rodzaj alergii …….,

przyjmowane dawki leków .....

4. Złamania kończyn .....
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu /podać powód/

.....
6. Na jakie pokarmy, leki dziecko jest uczulone

.....
7. Jazdę samochodem znosi: dobrze, źle
8. Nosi: okulary, aparat ortodontyczny

9. Inne informacje

.....
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnik wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego.

.....
.....

Informacja o szczepieniach ochronnych lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

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

dur……, inne……

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.), oraz wizerunku mojego dziecka utrwalonego podczas wypoczynku przez TPD Krosno.

…… ……
(data) czytelny (podpis rodziców/opiekunów)

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

Postanawia się1):
☐ zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
☐ odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu
……
……
…… ……
(data) (podpis organizatora wypoczynku)

V. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYT U 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 CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

……
……
……
……

…… ……
(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

……
……
……
……

…… ……
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

1)Właściwe zaznaczyć znakiem „X”.
2)W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym.
3)W przypadku uczestnika niepełnoletniego.