**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

## NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel. 606209103, 600894690

**e-mail:** [zdrowie@o2.pl](mailto:zdrowie@o2.pl) , [kszdrowie@gmail.com](mailto:kszdrowie@gmail.com), www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

**Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2 DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**na okres 26.06.2022 – 07.07.2022**

### **i**mię i nazwisko ………………………………………………………

### nr pesel …………………… data urodzenia ………………………….

adres zamieszkania ul. ……………………………...nr ……………….

kod ………….. miejscowość ………………………………………….

tel. ………………….e-mail ………………………………………….

**Oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika obozu.**

Uczestnik jest **ZDROWY** i będzie brał udział w zajęciach (treningach) za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Wysokość składki członkowskiej wynosi 250,00 zł. Składkę członkowską wpłacamy na konto klubowe nr**

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

z dopiskiem składka członkowska.

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

/ data i miejsce / / czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego/

**Uwaga!**

**Za wpłaconą składkę członkowską nie wystawiamy faktur , na żądanie Klub może wystawić Notę Księgową.**

**Przetwarzanie danych osobowych.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2,

danych osobowych członka Klubu – uczestnika obozu sportowego.

………………………. …………………………………..

/data imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w obozie.

Sytuacje w których Klub jest zobowiązany do przekazywania danych:

* dane osobowe przekazywane do ubezpieczenia NNW,
* listy meldunkowe w sytuacjach kiedy jest to wymagane,
* opieka medyczna (lekarz, przychodnia zdrowia, szpital),
* wystawianie faktur,
* sprawozdawczość finansowa.

**Informacje dodatkowe.**

Rejestracja zbiorów danych.

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu).

Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania obozu, na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE, w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu obozu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego** ....................................................

**ZOBOWIĄZANIE UCZESTNICTWA W OBOZIE SPORTOWYM**

**Uczestnik obozu członek KS ZDROWIE.**

**Imię Nazwisko ……………………………………………………………………………**

reprezentowany przez **Opiekuna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ………………………………………………………………………………… |
| Proszę o wystawienie faktury | Jeśli tak to proszę podać dane odbiorcy faktury:……………………………. pesel ……………………………………..  imię nazwisko i adres ………………………………………………………. |
|  | ………………………………………………………………………………. Jeśli faktura na firmę to dane wraz z nr NIP ………………………………… |
| e – mail | Faktura zostanie przesłana na adres e-mail  …………………………………………………………………………….. |

**§ 1. Terminy i miejsce i program obozów sportowo – szkoleniowych:**

**26.06.2022 – 07.07.2022 r. turnus T1 zwany dalej obozem**

Miejsce prowadzenia obozu: Sarbinowo, ośrodek „BESKID” ul. Nadmorska 95

Szczegółowy program Obozu określa broszura informacyjna dotycząca Obozu, lub informacja dostępna na stronie internetowej Klubu [www.](http://www.zdrowie24.info/)klubsportowyzdrowie.pl zakładka obozy sportowe (zwana dalej "**Broszurą**"), stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszego zobowiązania.

Uczestnik i/lub działający w jego imieniu Opiekun oświadczają, że zapoznali się z treścią Broszury oraz Warunkami Uczestnictwa obowiązującymi w **KS "Zdrowie".** Warunki Uczestnictwa oraz Broszura, stanowią integralną część niniejszego zobowiązania.

**§ 2. Zgłoszenie uczestnictwa w Obozie i odpłatność za Obóz**

Uczestnik i/lub działający w jego imieniu Opiekun niniejszym zgłasza udział w Obozie w następującym

Wariancie: z transportem, bez transportu

KS "Zdrowie" niniejszym przyjmuje zgłoszenie Uczestnika a Uczestnik lub jego Opiekun zobowiązuje się do wykorzystania całego pakietu świadczeń zapewnionych przez KS "Zdrowie" w danym Wariancie oraz do uregulowania odpłatności za Obóz zgodnie z postanowieniami niniejszego zobowiązania oraz Warunkami Uczestnictwa.

Uczestnik zgłasza następujące wymagania specjalne odnośnie programu i warunków Obozu:

**§ 3. Odpłatność za Obóz**

Odpłatność za Obóz wynosi **2250 zł**. (łącznie ze składką członkowską)

**& 4.a. W związku z epidemią koronawirusa.**

**Organizacja obozów może być czasowo zawieszona lub odwołana,**

**w tych sytuacjach zasady zwrotów przedpłat regulują aktualne przepisy**

**art. 394 par.3 k.c.**

**& 4.b.**

Uczestnik lub działający w jego imieniu opiekun prawny

oświadcza iż w momencie odwołania obozu z kwoty wpłaconej na poczet

uczestnictwa w obozie **przekazuje 300,00 zł** (słownie: trzysta złotych)

w formie **darowizny** na cele statutowe Klubu.

Pozostałe środki podlegają regulacji k.c.

**Uzasadnienie & 4.b.**

Klub Sportowy ZDROWIE wdraża od 02 maja 2022r. procedury przygotowań

do obozów sportowych są to:

- zakup materiałów związanych z montażem zaplecza sportowego,

- transport sprzętu z magazynu w Michałowicach do Sarbinowa,

- montaż zaplecza sportowego,

- demontaż zaplecza sportowego,

- transport sprzętu z Sarbinowa do Michałowic.

Te działania skutkują zobowiązaniami finansowymi, które w momencie

odwołania obozów muszą zostać poniesione. Zostaną one w całości pokryte

z otrzymanej darowizny.

Opłaty za obóz i składkę członkowską wpłacamy na konto nr:

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

Harmonogram wpłat:

1. wpłata rezerwacja wstępna w wysokości 300,00 zł.
2. wpłata do 20.02.2022 w wysokości 300,00 zł.
3. wpłata do 20.03.2022 w wysokości 400,00 zł.
4. wpłata do 20.04.2022 w wysokości 400,00 zł.
5. wpłata do 20.05.2022 w wysokości 400,00 zł
6. wpłata do 15.06.2022 w wysokości 200,00 zł.
7. wpłata do 15.06.2022 składka czł. 250,00 zł.

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE” w imieniu Uczestnika

Prezes Klubu Jarosław Gajek

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

/ data i podpis / / data i podpis /

##### WARUNKI UCZESTNICTWA W OBOZACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ KS „ZDROWIE”

**§ 1 Definicje**

Użyte w niniejszych Warunkach Uczestnictwa definicje oznaczają:

1. „Broszura” oznacza broszurę, lub informację umieszczoną na stronie internetowej [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl/)

zawierającą szczegółowy program oraz pozostałe warunki Obozu, stanowiącą załącznik nr 1 do zobowiązania;

1. „Obóz” oznacza obóz sportowo – rekreacyjny, o którym mowa w § 1,2,3 zobowiązania;
2. „Odpłatność za Obóz” oznacza odpłatność za Obóz uiszczaną w wysokości, określonej zgodnie z § 3 zobowiązania;
3. „Opiekun” – rodzic lub opiekun prawny małoletniego Uczestnika Obozu;
4. „Ubezpieczenie” oznacza ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków z wyłączeniem ubezpieczenia mienia;
5. „Zobowiązanie” oznacza zobowiązanie uczestnictwa w Obozie organizowanym przez KS „Zdrowie” a Uczestnikiem i/lub jego Opiekunem;
6. „Wariant” oznacza jeden z wariantów uczestnictwa w Obozie, o których mowa w § 2 Zobowiązania;
7. „KS „Zdrowie” oznacza Klub Sportowy „Zdrowie” z siedzibą w Michałowice 05-816 ul. Świetego Antoniego 2

##### § 2 Uczestnictwo w Obozie i Odpłatność za Obóz

1. Zarezerwowanie miejsca na obozie następuje przez podpisanie zobowiązania i deklaracji członkowskiej przez Uczestnika lub Opiekuna i osoby upoważnionej ze strony KS „Zdrowie”
2. **Aby zobowiązanie było wiążące obie strony Uczestnik i/lub jego Opiekun musi dokonać przedpłatę w wysokości 600 zł. (lub kwotę 300 zł. przy wyjazdach 6 dniowych)**
3. Wpłata pozostałej części Odpłatności za Obóz powinna zostać uiszczona przez Uczestnika lub jego Opiekuna zgodnie z harmonogramem wpłat.
4. Wpłaty, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 powyżej należy dokonywać na rachunek KS „Zdrowie”:

Volkswagen Bank direct

Nr rachunku: **58 2130 00042001026489620001**

1. Za datę płatności uznaje się dzień wpłynięcia środków pieniężnych na rachunek, o którym mowa w § 2 ust. 4 powyżej.

##### Niewywiązanie się przez Uczestnika lub jego Opiekuna z obowiązku Odpłatności za Obóz zgodnie z niniejszym § 2 uznaje się za rezygnację z uczestnictwa w Obozie, o której mowa w § 6 ust. 3 poniżej.

**§ 3 Ubezpieczenie**

1. KS „Zdrowie” zapewnia Ubezpieczenie Uczestników i Opiekunów biorących udział w Obozie, z sumą ubezpieczeniową do wysokości 5.000 zł.
2. Ubezpieczenie, o którym mowa w § 3 ust. 1 powyżej nie obejmuje nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie dojazdu własnego Uczestnika lub Opiekuna do miejsca Obozu.

##### § 4 Zmiana programu lub warunków Obozu

1. KS „Zdrowie” zastrzega sobie prawo do zmiany programu i/lub warunków Obozu określonych w Broszurze przed rozpoczęciem Obozu, jeżeli zmiana spowodowana jest okolicznościami niezależnymi od KS „Zdrowie”.
2. W razie zmiany programu i/lub warunków Obozu Uczestnik lub jego Opiekun ma prawo:
   1. przyjąć proponowaną zmianę programu Obozu,
   2. uczestniczyć w innym obozie sportowo – rekreacyjnym organizowanym przez KS „Zdrowie” o tym samym lub wyższym standardzie, albo odstąpić od Umowy za natychmiastowym zwrotem całości uiszczonej Odpłatności za Obóz.
3. Zmiana programu i/lub warunków Obozu, o której mowa w § 4 ust. 1 powyżej może polegać na podwyższeniu Odpłatności za Obóz, z tym, że podwyższenie to nie może nastąpić później niż na 20 dni przed datą wyjazdu na Obóz.
4. W przypadku podwyższenia Odpłatności za Obóz zgodnie z § 4 ust. 3 powyżej, KS „Zdrowie” jest obowiązany udokumentować jedną z poniższych okoliczności:
   1. wzrost kosztów transportu;
   2. wzrost opłat urzędowych, podatków lub opłat należnych za takie usługi, jak lotniskowe, załadunkowe lub przeładunkowe w portach morskich i lotniczych;
   3. wzrost kursów walut.

##### § 5 Odwołanie Obozu

1. KS „Zdrowie” zastrzega sobie prawo odwołania Obozu w przypadku, gdy na trzydzieści (30) dni przed datą rozpoczęcia Obozu liczba zgłoszonych Uczestników jest mniejsza niż 50 % miejsc.
2. O odwołaniu Obozu KS „Zdrowie” zawiadamia Uczestnika lub jego Opiekuna pisemnie najpóźniej na piętnaście (15) dni przed datą rozpoczęcia Obozu.
3. KS „Zdrowie” może odwołać Obóz w każdym terminie, jeżeli jego przeprowadzenie jest niemożliwe z powodu siły wyższej.

##### strona 1

##### § 6 Rezygnacja z udziału w Obozie

1. Z zastrzeżeniem § 5 ust. 2 pkt. 2) powyżej, w przypadku rezygnacji Uczestnika i/lub jego Opiekuna

z udziału w Obozie, KS

„Zdrowie” dokonuje potrąceń tytułem poniesionych kosztów za poczynione czynności, rezerwacje itp. Wysokość potrąceń uzależniona jest od terminu złożenia rezygnacji i wynosi odpowiednio:

* 1. 70 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji na 17 dni przed dniem rozpoczęcia

Obozu lub wcześniej;

* 1. 50 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji nie wcześniej niż 45 i nie później niż 18 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu; oraz

1. Rezygnację Uczestnik i/lub jego Opiekun zgłasza na piśmie.
2. Nie zgłoszenie się na Obóz w dniu rozpoczęcia Obozu lub rezygnacja bez zachowania formy pisemnej, niezależnie od przyczyn, równoznaczna jest z rezygnacją bez prawa do jakiegokolwiek zwrotu uiszczonej Odpłatności za Obóz.

##### § 7 Reklamacje

1. W razie wystąpienia uchybień i niedociągnięć podczas Obozu, Uczestnik i/lub jego Opiekun ma prawo zażądać

usunięcia usterek.

1. W przypadku braku możliwości usunięcia usterek, o których mowa w § 7 ust. 1 powyżej, Uczestnik i/lub jego Opiekun ma prawo zgłosić zastrzeżenia w siedzibie oddziału KS „Zdrowie”, w ciągu siedmiu (7) dni po powrocie z Obozu.

##### § 8 Odpowiedzialność KS „Zdrowie”

1. KS „Zdrowie” ponosi odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiązania jest spowodowane wyłącznie:
   1. działaniem lub zaniechaniem Uczestnika i/lub jego Opiekuna;
   2. działaniem lub zaniechaniem osób trzecich nie uczestniczących w wykonaniu Zobowiązania, jeżeli tych działań lub zaniechań nie można było przewidzieć ani uniknąć;
   3. siłą wyższą.
2. Odpowiedzialność KS „Zdrowie” z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania Zobowiązania jest ograniczona do dwu krotności Odpłatności za Obóz. Ograniczenie to nie dotyczy szkód na osobie.

##### § 9 Przeniesienie uczestnictwa w Obozie

1. Uczestnik i/lub jego Opiekun może bez zgody KS „Zdrowie” przenieść na osobę spełniającą warunki udziału w Obozie wszystkie przysługujące mu z tytułu zobowiązania uprawnienia, jeżeli jednocześnie osoba ta przejmuje wszystkie wynikające z zobowiązania obowiązki. Osoba ta wskazana musi być tej samej płaci i w podobnym wieku do Uczestnika i/lub Opiekuna odstępującego.
2. Przeniesienie uprawnień i przejęcie obowiązków, o którym mowa w § 9 ust. 1 powyżej jest skuteczne, jeżeli Uczestnik i/lub jego Opiekun zawiadomi KS „Zdrowie” na piętnaście (15) dni przed rozpoczęciem Obozu.
3. Za nieuiszczoną część Odpłatności za Obóz oraz koszty poniesione przez KS „Zdrowie” w wyniku zmiany, Uczestnik i/lub jego Opiekun oraz osoba przejmująca jego uprawnienia odpowiadają solidarnie.

##### § 10 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Zobowiązaniem i niniejszymi Warunkami Uczestnictwa, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.
2. Ustala się, jako miejscowo właściwy do rozstrzygnięcia ewentualnych sporów, Sąd najbliższy siedziby KS „Zdrowie”
3. Uczestnik i/lub jego Opiekun wyrażają zgodę na przetwarzanie, uaktualnianie i udostępnianie danych osobowych, niezbędnych do realizacji niniejszego Zobowiązania oraz do celów promocyjnych, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.
4. Wszelkie informacje dotyczące Obozu są udzielane przez KS "Zdrowie" telefonicznie pod następującymi numerami: +48 600894690, +48 606209103

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE” w imieniu Uczestnika

Prezes Klubu Jarosław Gajek

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

/ data i podpis / / data i podpis /

**strona 2**

**Regulamin obozów sportowo - szkoleniowych organizowanych przez**

**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

Obecność na wszystkich zajęciach jest obowiązkowa, niemożność wzięcia udziału należy zgłosić u opiekuna grupy.

1. Na obozie obowiązuje bezwzględny zakaz: posiadania i picia alkoholu, posiadania i palenia tytoniu oraz posiadania i zażywania środków odurzających.
2. Cisza nocna obowiązuje od godziny 22.00 do 07:00
3. Po godzinie 22.00 obowiązuje bezwzględny zakaz używania telefonów komórkowych.
4. Uczestnikowi nie wolno samowolnie oddalać się od grupy oraz poza teren ośrodka bez wiedzy i zgody wychowawcy.
5. Uczestnik obozu zobowiązany jest:
6. przestrzegać regulaminu obozu/ośrodka oraz stosować się do poleceń wychowawców,
7. zabrać ze sobą ważną legitymację szkolną*,*
8. punktualnie stawiać się na zajęciach i aktywnie w nich uczestniczyć*,*
9. dbać o czystość i porządek oraz powierzone mienie w czasie wyjazdu,
10. odnosić się z szacunkiem do kolegów, wychowawców i innych osób,
11. przestrzegać ogólnych zasad bezpieczeństwa m.in.: dotyczących kąpieli, ruchu drogowego, regulaminów zajęć – szkoleń i regulaminów obiektów.
12. informować kadrę obozu o każdej chorobie lub złym samopoczuciu,
13. dbać o higienę i schludny wygląd.
14. Korzystanie ze sprzętu sportowego jest dozwolone pod warunkiem uzyskania zgody trenera/opiekuna i tylko pod jego nadzorem.
15. Uczestnik (lub jego rodzice/ opiekunowie) ponosi odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez niego

podczas podróży lub pobytu na obozie.

1. Organizator nie odpowiada za bagaż skradziony, zgubiony lub zniszczony z braku staranności uczestnika.
2. Organizator oraz opiekunowie nie ponoszą odpowiedzialności za kradzieże, zniszczenie lub zgubienie rzeczy cennych i wartościowych (w szczególności aparaty telefoniczne i fotograficzne, inne urządzenia elektroniczne) oraz pieniędzy.
3. W przypadku poważnego naruszenia regulaminu obozu uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników, a po wcześniejszym zawiadomieniu rodziców wydalony z obozu na koszt własny rodziców/opiekunów. W takim wypadku osoba odpowiedzialna za uczestnika (rodzic lub opiekun) powinna odebrać dziecko w ciągu 48 godz. W przypadku nie odebrania skreślonego z listy uczestnika Organizator zastrzega sobie prawo do przekazania dziecka pod opiekę Policji.
4. W trakcie trwania obozu nie przewiduje się „czasu wolnego”, a uczestnicy przebywają przez cały czas pod nadzorem opiekunów.
5. W czasie postoju autokaru na parkingu należy ściśle przestrzegać zaleceń kierownika przewozu.
6. W przypadku wyjazdów na basen oraz podczas zwiedzania muzeów, parków krajobrazowych itp. uczestnicy wycieczki zobowiązani są do przestrzegania regulaminów tych obiektów.

…..........................................................................

data i podpis czytelny rodzica(opiekuna prawnego)

…..................................................

podpis uczestnika obozu

Miejscowość ………………………, dn. ……………………

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA**

**niepełnoletniego uczestnika obozu organizowanego przez Klub Sportowy ZDROWIE**

Oświadczam że:

* mój syn/córka ………………………………………………………………….………………………………………………… jest zdrowy/a i nie zamieszkiwał(a) z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał(a) kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem obozu,
* osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub dowożące dziecko do obiektu własnym transportem są zdrowe i nie zamieszkiwał(a) z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miały kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem obozu,
* zapoznałam/łem się z REGULAMINEM SANITARNYM umieszczonym na stronie [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl) obozu opracowanym na podstawie wytycznych GIS, MZ i MEN dla organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży i zobowiązuję się oraz zobowiązuję moje dziecko do przestrzegania zasad w nim zawartych oraz innych obowiązujących w czasie obozu przepisów sanitarnych,
* zapoznałam/łem się ze SPECJALNYMI WARUNKIAMI UCZESTNICTWA W OBOZACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ KS ZDROWIE (epidemia koronawirusa) umieszczonym na stronie [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl) ,
* wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka przez kadrę obozu i inne, zalecone przez lekarza lub pielęgniarkę, procedury medyczne,
* umieściłem w karcie kwalifikacyjnej uczestnika obozu wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia dziecka a szczególności informacje o ewentualnych chorobach przewlekłych, mogących narazić je na cięższy przebieg zakażenia, w przypadku występowania u dziecka chorób przewlekłych załączyłem do karty kwalifikacyjnej dziecka opinię lekarską o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w obozie,
* wyposażyłem(am) dziecko w niezbędną ilość indywidualnych osłon nosa i ust do użycia podczas pobytu na obozie,
* **zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru na koszt własny dziecka z obozu w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności),**
* będę dostępny przez cały czas trwania obozu pod numerem telefonu:

….............…………………………………………………………..

…………………………………..

*(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)*

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1.



Forma wypoczynku1) kolonia

zimowisko

obóz sportowy

inna forma wypoczynku  **obóz sportowy**

*(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku **26.06 – 07.07.2022**

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

**OW BESKID ul. Nadmorska 95 Sarbinowo 76-032**

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

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2)

.

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą … nie dotyczy

Michałowice 15.01.2022 .........................................................................

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

# INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

# WYPOCZYNKU

* 1. Imię (imiona) i nazwisko

……………………………………………………………………………………………..………….……………..

* 1. Imiona i nazwiska rodziców

……………………………………………………………………………………………………….……………....

3. Rok urodzenia ………………………………………………………………………….……………………….

4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..………………………..

1. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców3)

…………………………………………………………………………………………………………..…………...

…………………………………………………………………………………………………………………….....

1. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku ………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….........

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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)

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

tężec …………………………………………………………………………………………………………………

błonica ...……………………………………………………………………………………………………….……

inne ………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

..................................... …………………….....................................................................

(data) (podpis rodzica (opiekuna prawnego) uczestnika wypoczynku

**W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ZYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE I OPERACJE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony zdrowie uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 2135, z późn. zm.)

……………………… …………………………………………

(data) (podpis rodzica (opiekuna prawnego) uczestnika wypoczynku)

# DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się1): tak



nie

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

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

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

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

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

# 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)

# INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

# INFORMACJA I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

Uwagi i informacje dodatkowe o uczestniku obozu: