**Klub Sportowy „ZDROWIE”**

# rejestru SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21

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

 **e-mail:** zdrowie@o2.pl , kszdrowie@gmail.com, www.klubsportowyzdrowie.pl

## Oddział - I

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

**na okres 22.07.2023 – 03.08.2023**

### **i**mię i nazwisko (kliknij, aby wprowadzić dane)

### nr pesel (kliknij, aby wprowadzić dane) data urodzenia (kliknij tutaj, aby wprowadzić datę)

adres zamieszkania ul. (kliknij, aby wprowadzić dane) nr (kliknij, aby wprowadzić dane)

kod (kliknij, aby wprowadzić dane) miejscowość (kliknij, aby wprowadzić dane)

tel. (kliknij, aby wprowadzić dane) e-mail (kliknij, aby wprowadzić dane)

**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 300,00 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.

(kliknij tutaj, aby wprowadzić datę) (kliknij, aby wprowadzić dane)

/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** (kliknij, aby wprowadzić dane)

reprezentowany przez **Opiekuna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: (kliknij, aby wprowadzić dane) |  |
| Proszę o wystawienie faktury (Wybierz) | Jeśli tak to proszę podać dane odbiorcy faktury:pesel (kliknij, aby wprowadzić dane)imię nazwisko i adres (kliknij, aby wprowadzić dane) |
|  | Jeśli faktura na firmę to dane wraz z nr NIP (kliknij, aby wprowadzić dane) |
| e – mail  | Faktura zostanie przesłana na ades e-mail **(kliknij, aby wprowadzić dane)** |

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

**22.07.2023 – 03.08.2023 r. turnus T2 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: **Wybierz wariant**

oraz wybiera program sportowy: **Wybierz program**

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 odpowiednio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wariant obozu** | **Cena obozu** | **Składka członkowska** | **Łącznie** |
| **A - z transportem** | **2600,00 zł.** | **300,00 zł.** | **2900,00 zł.** |
| **B – z transportem w jedną stronę** | **2500,00 zł.** | **300,00 zł.** | **2800,00 zł.** |
| **C – bez transportu** | **2350,00 zł.** | **300,00 zł.** | **2650,00 zł.** |
| **C – Sekcja taneczna** **z dofinansowaniem** | **2200,00 zł.** | **300,00 zł.** | **2500,00 zł.** |

**Proszę podać cenę wybranego obozu**: (Wybierz kwotę)

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 400,00 zł.
2. wpłata do 20.03.2023 w wysokości 400,00 zł.
3. wpłata do 20.04.2023 w wysokości 500,00 zł.
4. wpłata do 20.05.2023 w wysokości 500,00 zł.
5. wpłata do 20.06.2023 w wysokości 500,00 zł
6. wpłata do 15.07.2023 w wysokości 300,00 zł.
7. wpłata do 15.07.2023 składka członkowska 300,00 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 800 zł. (lub kwotę 400 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
	2. 25 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji na 46 dni przed dniem rozpoczęcia

Obozu lub później.

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**

#  KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku1) kolonia

zimowisko

obóz

 półkolonia

inna forma wypoczynku …… obóz sportowy…………………………………

*(proszę podać formę)*

 2. Termin wypoczynku . 22.07 – 03.08.2023

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

 OW BESKID ul. Nadmorska 95 Sarbinowo 76-034

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

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2)

.

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą … nie dotyczy

Michałowice 01-03-2022 .........................................................................

(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 rodziców 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 rodzicó uczestnika wypoczynku)

# 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)

# 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

**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**

**Sarbinowo turnus od 22.07.2023 do 03.08.2023**

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 ZIMA 2021 (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)*