# Klub Sportowy „ZDROWIE”

**rejestr SKF Starostwa Powiatu Pruszkowskiego nr 21**

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

 **e-mail:** zdrowie@o2.pl **,** [**www.klubsportowyzdrowie.pl**](http://www.klubsportowyzdrowie.pl/)

## Oddział 1 Michałowice 05-816 ul. Świętego Antoniego 2

##  DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

 **na okres od 20.01.2024 do 26.01.2024**

### **i**mię i nazwisko członka Klubu

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

### 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 150,00 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 VAT, 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 i jego wizerunku w celach reklamowych Klubu.

TAK – NIE (proszę zaznaczyć przez podkreślenie)

--------------------------------------------------------------------------------------------- data

imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

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 w GIODO.

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.

**Osoba odpowiedzialna za przetwarzanie danych w Klubie Sportowym Zdrowie**

 **Jarosław Gajek tel. 600894690.**

 **e-mail: kszdrowie@gmail.com**

**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 szkolenia.**

**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 SPORTOWO – REKREACYJNYM**

**Uczestnik obozu dziecko**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |
| PESEL |

**Opiekun prawny dziecka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |
| e – mail / PROSZĘ O CZYTELNY WPIS/: |
| PESEL |
| Telefon |
| Proszę o wystawienie faktury za pobyt na: |

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

**20.01 - 26.01.2024** zwany dalej obozem.

Miejsce prowadzenia obozu: Szczyrk, Ośrodek „ADAM” ul. Radosna 3

Szczegółowy program Obozu określa broszura informacyjna dotycząca Obozu, lub informacja dostępna na stronie internetowej Klub [www.klubsportowyzdrowie.pl](http://www.klubsportowyzdrowie.pl/) zakładka **Zimowe Obozy Sportowe – Narciarski obóz dla dzieci i młodzieży** (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 i Regulaminami 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: ( PROSZĘ O ZAZNACZENIE WYBRANEGO WARIANTU W TABELI CENNIK)

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. Łączny koszt obozu:**

................................................................................................... .(proszę wpisać cenę)

**Cennik świadczeń:**

|  |
| --- |
| Cena obozu |
| Transport |
| Składka członkowska |
| **Łączny koszt z transportem** |
| **Łączny koszt bez transportu** |

|  |
| --- |
| **2000.00 zł.** |
| **150.00 zł.** |
| **150.00 zł.** |
| **2300,00 zł.** |
|  |

|  |
| --- |
| **2000.00 zł.** |
|  |
|  **150.00 zł.** |
|  |
| **2150.00 zł.** |

**Ceny za imprezę nie obejmują KARNETÓW i wypożyczalni sprzętu narciarskiego.**

**Przypominamy**

Opłaty za obóz i składkę członkowską wpłacamy na konto nr:

**58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

**1. wpłata potwierdzenie rezerwacji 200 zł.**

**Następne po podpisaniu zobowiązania uczestnictwa w obozie.**

**1. wpłata rezerwacja 200 zł.**

**2. wpłata do 30.10.2023 200 zł.**

**3. wpłata do 30.11.2023 500 zł.**

**4. wpłata do 30.12.2022 500 zł.**

**5. wpłata do 10.01.2024 750 zł. końcowe rozliczenie,**

1. **wpłata do 01.01.2024 - 150 zł. SKŁADKA CZŁONKOWSKA**

**& 4.**

**W celu zaplanowania imprezy konieczny jest wybór programów dla dzieci.**

Wybieram program: (\* podkreśl)

* 1. narciarski.

**& 5.**

Na obóz nie zabieramy żadnych zwierząt.

**& 6.**

**Podróżujący autokarem przypominamy o limicie bagażu, bagaż podręczny do 5 kg.**

**Bagaż podstawowy do 20 kg. Łączny wymiar 190 cm.**

**(wysokość + szerokość + długość).**

W imieniu KS „Zdrowie” Opiekun prawny uczestnika:

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

Data i podpis Data i podpis

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

**§ 1 Definicje**

Użyte w niniejszych Warunkach Uczestnictwa definicje oznaczają:

„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;

„Obóz” oznacza obóz sportowo – rekreacyjny, o którym mowa w § 1.1,2,3 zobowiązania;

„Odpłatność za Obóz” oznacza odpłatność za Obóz uiszczaną w wysokości, określonej zgodnie z § 3 zobowiązania;

„Opiekun” – rodzic lub opiekun prawny małoletniego Uczestnika Obozu;

„Ubezpieczenie” oznacza ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków z wyłączeniem ubezpieczenia mienia;

„Zobowiązanie” oznacza zobowiązanie uczestnictwa w Obozie organizowanym przez KS „Zdrowie” a Uczestnikiem i/lub jego Opiekunem;

„Wariant” oznacza jeden z wariantów uczestnictwa w Obozie, o których mowa w § 2 ust. 1 Zobowiązania;

„KS „Zdrowie” oznacza Klub Sportowy „Zdrowie” z siedzibą Michałowice 05-816 ul. Św. Antoniego 2

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

Zarezerwowanie miejsca na obozie następuje przez podpisanie zobowiązania i deklaracji członkowskiej przez Uczestnika lub Opiekuna i osoby upoważnionej ze strony KS „Zdrowie”

#### Aby zobowiązanie było wiążące obie strony Uczestnik i/lub jego Opiekun musi dokonać przedpłaty w wysokości 400 zł. (200 zł opłata rezerwacyjna + 200 zł wpłata druga)

Wpłata pozostałej części Odpłatności za Obóz powinna zostać uiszczona przez Uczestnika lub jego Opiekuna zgodnie **z harmonogramem wpłat**. Wpłaty, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 powyżej należy dokonywać na rachunek KS „Zdrowie”:

Volkswagen Bank direct

Nr rachunku: **58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

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 § 7 ust. 3 poniżej.

**§ 4 Ubezpieczenie**

KS „Zdrowie” zapewnia Ubezpieczenie Uczestników i Opiekunów biorących udział w Obozie, z sumą ubezpieczeniową do wysokości **5.000 zł.**

Ubezpieczenie, o którym mowa w § 4 ust. 1 powyżej nie obejmuje nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie dojazdu własnego Uczestnika lub Opiekuna do miejsca Obozu.

**§ 5 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 § 5 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 § 5 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.

###### § 6 Odwołanie Obozu

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.

O odwołaniu Obozu KS „Zdrowie” zawiadamia Uczestnika lub jego Opiekuna pisemnie najpóźniej na piętnaście (15) dni przed datą rozpoczęcia Obozu. KS „Zdrowie” może odwołać Obóz w każdym terminie, jeżeli jego przeprowadzenie jest niemożliwe z powodu siły wyższej.

###### - strona 1 -

**§ 7 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;
	2. 50 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji nie wcześniej niż 45 i nie później niż 18 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu; oraz
	3. 25 % uiszczonej Odpłatności za Obóz w przypadku rezygnacji na 46 dni przed dniem rozpoczęcia Obozu lub później.
2. Rezygnację Uczestnik i/lub jego Opiekun zgłasza na piśmie.
3. 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.

###### § 8 Reklamacje

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

W przypadku braku możliwości usunięcia usterek, o których mowa w § 8 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.

###### § 9 Odpowiedzialność KS „Zdrowie”

1. KS „Zdrowie” ponosi odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiazania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie Zobowiazania 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 Zobowiazania jest ograniczona do dwu krotności Odpłatności za Obóz. Ograniczenie to nie dotyczy szkód na osobie.

###### § 10 Przeniesienie uczestnictwa w Obozie

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.

Przeniesienie uprawnień i przejęcie obowiązków, o którym mowa w § 11 ust. 1 powyżej jest skuteczne, jeżeli Uczestnik i/lub jego Opiekun zawiadomi KS

„Zdrowie” na piętnaście (15) dni przed rozpoczęciem Obozu.

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.

###### § 11 Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych Zobowiązaniem i niniejszymi Warunkami Uczestnictwa, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego. Ustala się, jako miejscowo właściwy do rozstrzygnięcia ewentualnych sporów, Sąd najbliższy siedziby KS „Zdrowie”

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 29.08.1997 o ochronie danych osobowych.

Wszelkie informacje dotyczące Obozu są udzielane przez KS "Zdrowie" telefonicznie pod następującymi numerami: 600894690, 606209103.

w imieniu zarządu KS „ZDROWIE” w imieniu Uczestnika

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

/ 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 ………………………………………

*(proszę podać formę)*

2. Termin wypoczynku– 20.01.2024 – 26.01.2024

3. Adres wypoczynku, miejsce lokalizacji wypoczynku

Ośrodek ADAM SZCZYRK 43-370 UL. RADOSNA 3

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

Trasa wypoczynku o charakterze wędrownym2)

.

Nazwa kraju w przypadku wypoczynku organizowanego za granicą … nie dotyczy

Michałowice 10.10.2023 .........................................................................

(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 wypoczynk

**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 –**

**PROWADZENIA ROZMÓW TELEFONICZNY.**

1. Uczestnikowi nie wolno samowolnie oddalać się od grupy oraz poza teren ośrodka bez wiedzy i zgody wychowawcy.
2. Uczestnik obozu zobowiązany jest:
3. przestrzegać regulaminu obozu/ośrodka oraz stosować się do poleceń wychowawców,
4. zabrać ze sobą ważną legitymację szkolną,
5. punktualnie stawiać się na zajęciach i aktywnie w nich uczestniczyć,
6. dbać o czystość i porządek oraz powierzone mienie w czasie wyjazdu,
7. odnosić się z szacunkiem do kolegów, wychowawców i innych osób,
8. przestrzegać ogólnych zasad bezpieczeństwa m.in.: dotyczących ruchu drogowego, regulaminów zajęć – szkoleń i regulaminów obiektów.
9. informować kadrę obozu o każdej chorobie lub złym samopoczuciu,
10. dbać o higienę i schludny wygląd.
11. Korzystanie ze sprzętu sportowego jest dozwolone pod warunkiem uzyskania zgody trenera/opiekuna i tylko pod jego nadzorem.
12. Uczestnik (lub jego rodzice/ opiekunowie) ponosi odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na obozie.
13. Organizator nie odpowiada za bagaż skradziony, zgubiony lub zniszczony z braku staranności uczestnika.
14. 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.
15. 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.
16. W trakcie trwania obozu nie przewiduje się „czasu wolnego”, a uczestnicy przebywają przez cały czas pod nadzorem opiekunów.
17. W czasie postoju autokaru na parkingu należy ściśle przestrzegać zaleceń kierownika przewozu.
18. 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

Dodatkowe informacje nie ujęte w karcie kwalifikacyjnej.