



KARTA UCZESTNIKA OBOZU INFORMATYCZNEGO

INFORMACJA ORGANIZATORA IMPREZY:

Kod imprezy 15Zakopane07 Termin: 26.07.2015 – 05.08.2015 r.

Miejsce pobytu: Kompleks Michałówka 33-511 Kościelisko ul Salamandra 18 Tel./fax +48 1820 70 328

Zgłoszenie Uczestnika :

Ja, niżej podpisana/y, wnioskuję o przyjęcie mojego dziecka:

Imię i nazwisko uczestnika.....

PESEL Data urodzenia.....

Adres zamieszkania..... Tel. Kom.:.....

Adres rodziców w czasie pobytu uczestnika na obozie.....

Imiona rodziców tel. kontaktowy: Matka.....

Ojciec.....

Rozpoczęcie obozu : Kompleks Michałówka godz.: 18:00 Niedziela 2015-07-26

W ramach Obozu Informatycznego zapewniamy:

- całodniowe wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja)
- zakwaterowanie w pokojach 3, 4 i 5-osobowych
- opiekę wychowawczą i merytoryczną
- zadania do rozwiązania na poziomie olimpijskim i omówienie tych zadań
- gry i zagadki logiczne, gry planszowe
- zajęcia sportowe i rekreację (wymagane: strój sportowy oraz obuwie na zmianę)
- wycieczki po górach (Dolina Kościeliska, Czerwone Wierchy, Gubałówka)
- zwiedzanie Zakopanego (Krupówki, skocznia „Wielka Krokiew”, Krzeptówki, Pęksowe Brzysko)

Zakończenie obozu : Kompleks Michałówka godz.: 9:00 Środa 2015-08-05

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 1650 zł.

Opiekun prawny.....

imię i nazwisko, podpis *do odbioru dziecka upoważniona jest osoba podpisująca zgłoszenie

Informacja rodziców o uczestniku:

- 1.) przebyte choroby..... wzrost..... waga.....
- 2.) szczepienia ochronne.....
- 3.) dolegliwości w ostatnim roku*: omdlenia, bóle głowy, bóle brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne.....
- 4.) dziecko jest nadpobudliwe (inne informacje o usposobieniu i zachowaniu).....
- 5.) dziecko jest uczulone* tak/nie (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu).....
- 6.) dziecko nosi* okulary, aparat ortodontyczny inne aparaty.....
- 7.) zażywa stale leki, inne uwagi

Oświadczenie Opiekunów Prawnych (Rodziców)

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie

Wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielne wyjście syna/córki w trakcie trwania obozu (w czasie wolnym) do miasta do godziny 20:00. Wyrażam zgodę na badanie dziecka alkomatem w przypadku podejrzenia spożywania alkoholu. Bezwzględny warunkiem uczestnictwa w obozie jest zakaz oddalania się z miejsca zakwaterowania i od grupy w terenie bez zezwolenia opiekuna, a także spożywania alkoholu, palenia papierosów i zażywania środków odurzających. Uczestnicy nie przestrzegający tych ustaleń usuwani są z obozu na koszt rodziców.

.....
data

.....
podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że warunki uczestnictwa w obozie są mi znane i je akceptuję oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby Stowarzyszenia Talent

.....
podpis uczestnika

.....
podpis rodziców (opiekunów prawnych)