**WARUNKI UCZESTNICTWA**

**NA OBOZIE MŁODZIEŻOWYM / ZIMOWISKU / KOLONII**

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu, ośrodka gdzie jest organizowany obóz / zimowisko / kolonia oraz do poleceń wychowawców.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni dowód tożsamości – paszport i aktualną legitymację szkolną.
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu.
4. W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia reguł obozu, uczestnik zostanie wydalony z placówki na koszt własny (rodziców, opiekunów).
5. Uczestnik (lub jego rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na obozie.
6. Uczestnik powinien zaopatrzyć się w niezbędny ekwipunek (obuwie, ubrania, rzeczy osobiste).
7. Niniejsze warunki stanowią część integralną umowy zgłoszenia zawartej z UKS Judo Fight Club

Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki na obozie są mi znane.

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

podpis rodziców (opiekunów)

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

podpis uczestnika

Pieczęć Klubu

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**OBOZU MŁODZIEŻOWEGO / ZIMOWISKA / KOLONII**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Rodzaj imprezy: obóz rekreacyjno-sportowy
2. Termin imprezy 16.08 – 26.08.2023
3. Adres ośrodka: DW „ U Wójciaka”, ul. Budzowa 25, 34-531 Murzasichle

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ / ZIMOWISKO / KOLONIE:

1. Imię i nazwisko dziecka ...............................................................................................

2. Data urodzenia .............................................................................................................

3. Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość) ............................................................

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

4. Telefon ............................................................... 5. Nr PESEL ...............................

6. Nazwa i adres szkoły ...................................................................................................

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

1. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie .................................................

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

8. Rodzice (Opiekunowie):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | imię i nazwisko | Adres zamieszkania |
| Ojciec |  |  |
| matka |  |  |

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

data podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznaję) ...........................................................

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

2. Dziecko może być uczestnikiem: ................................................................................

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

3. Zalecenia dla wychowawcy: .........................................................................................

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

4. Zalecenia dla opieki medycznej: ..................................................................................

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

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

data podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)

odra ............. ospa .............. różyczka .............. świnka .............. szkarlatyna ................

żółtaczka zakaźna ............... choroby reumatyczne ................ choroby nerek ...............

astma ..................... padaczka ................. inne ...............................................................

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku: bóle głowy, brzucha,omdlenia,

niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, angina i inne ....................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Dziecko jest \* nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka ....................................................

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

4. Dziecko jest uczulone \* tak / nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) .......

....................................................................................................................................................................................................................................................................................5. Dziecko nosi \* okulary, aparat ortopedyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty .....

..........................................................................................................................................zażywa stale leki: jakie? ...................................................................................................

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

6. Jazdę samochodem znosi \* dobrze / źle

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .....................................................................................

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

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

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

data podpis matki, ojca lub opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCÓW KLASY O UCZNIU

Uczestnik obozu / zimowiska / kolonii ................................ jest uczniem klasy ...............

Opinia:

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

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

data podpis wychowawcy klasy

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

pieczęć adresowa szkoły