



04-879 Warszawa, ul. Draceny 25H/2, tel. +48 607 164 969
e-mail: biuro@dream-team.com.pl www.AkademiaWypoczynku.pl
Konto bankowe: 50 1020 5558 1111 1734 9610 0193 NIP 522 27 65 183 Regon 141450231
Wpis do Rejestru Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych **1030**
Facebook Dream Team Łukasz Karlak

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

(prosimy zachować kopię)

I. INFORMACJA O OBOZIE

1. Nazwa obozu i profil.....
2. Miejsce.....3. Kod imprezy.....4. Data wypoczynku.....

II. DANE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko Uczestnika
2. Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....
4. Dokładny adres zamieszkania Adres e-mail.....
5. Imię i nazwisko matki/ opiekunki
Telefon: domkom.....praca.....
6. Imię i nazwisko ojca/ opiekuna
Telefon: domkom.....praca.....
7. Adres rodziców/ opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

III. OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. Oświadczam, że dziecko odebrane będzie przeze mnie osobiście.
2. Oświadczam, że do odbioru dziecka upoważniam: Panią/Pana.....
Zam.....Numer i seria dowodu osobistego.....

IV. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

- A. CHOROBY PRZEWLEKŁE LUB INNE: astma, padaczka, choroby reumatyczne choroby nerek, inne.....
B. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY, które występują u dziecka: omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, szybkie męczenie, wymioty, krwotoki z nosa, przewlekły lub uczuleniowy kaszel, bóle brzucha, łęki nocne, moczenie nocne, inne:
.....
C. CZY W OSTATNIM ROKU DZIECKO BYŁO W SZPITALU? TAK__ NIE__
(podać powód).....
D. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ (podać nazwę leku, pokarmu, itp.).....
E. DZIECKO PRZYJMUJE NA STAŁE LEKI? TAK__ NIE__ (podać nazwę leku i dawkowanie).....
F. JAK DZIECKO ZNOSI JAZDĘ AUTOKAREM? DOBRZE__ ŻŁE__
G. CZY DZIECKO NOSI : okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne
.....
H. INNE WAŻNE INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA
W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje

.....
miejsceowość i data

.....
podpis matki/ opiekunki

.....
podpis ojca/ opiekuna

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY (W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy wypełnia rodzic lub opiekun).....

.....
miejsceowość i data

.....
podpis wychowawcy/ rodzica/ opiekuna

VI. INFORMACJA PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ

Imię i nazwisko dziecka.....
Wzrost dziecka.....waga.....grupa dyspenseryjna.....
Szczepienia ochronne (rok): ospa....., BCG....., błonnica.....
dur....., tężec....., polio (typ).....
Stan czystości skóry....., włosów.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis

VII. WNIOSK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

- Wysyłając dziecko na obóz przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:
 - Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, wychowawców i instruktorów.
 - Organizator nie ponosi odpowiedzialności za niepowierzone do przechowania pieniądze i rzeczy, w szczególności przedmioty elektroniki użytkowej.
 - Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz innych środków odurzających.
 - Rodzice (opiekunowie) są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.
 - W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub rażącego postępowania Uczestnika, może zostać podjęta decyzja o usunięciu go z obozu i odwiezieniu do domu na koszt rodziców (opiekunów).
- Niniejszym wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie, w szczególności na czynny udział w takich zajęciach rekreacji ruchowej jak: żeglarstwo, windsurfing, kajakerstwo, zajęcia linowe, taniec, paintball, biegi na orientację, jazda konna, jazda na rowerze, zajęcia quadowe, archery games, survival, jazda na nartach i snowboardzie, trekking górski.
- Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie.
- Potwierdzam zapoznanie się ze wszelkimi informacjami zawartymi w karcie, programie imprezy, ubezpieczeniu oraz ze szczegółowymi informacjami o imprezie i z treścią „Warunków Uczestnictwa”, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.
- Uczestnik zostanie zapoznany z zasadami bezpiecznego użytkowania sprzętu paintball-owego i zobowiązuje się do ich przestrzegania. Jestem świadoma/my z zagrożeń wynikających z używania markera. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach z paintball'a. W przypadku braku takiej zgody prosimy o skreślenie punktu.
- Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów z wizerunkiem mojego dziecka w materiałach promocyjnych Dream Team oraz na Funpage Facebook Dream Team Łukasz Karlak. W przypadku braku takiej zgody prosimy o skreślenie punktu.
- Jestem świadoma/y, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne i że prawidłowa realizacja usługi możliwa jest wyłącznie po podaniu przeze mnie danych wymienionych w karcie zgłoszeniowej-umowie, karcie kwalifikacyjnej oraz wyrażam zgodę na pobranie i przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w karcie zgłoszeniowej-umowie, karcie kwalifikacyjnej zgodnie z ich celami przeznaczenia na czas trwania usługi i przez 5 lat od czasu zakończenia usługi. Jestem także świadoma/y możliwości wglądu do moich danych osobowych, ich zmiany, ograniczenia przetwarzania, żądania przeniesienia danych oraz wnioskowania o ich usunięcie.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie na mój adres e-mail informacji o sprawach organizacyjnych i o innych możliwościach wyjazdów na kolonie/obozy Dream Team Łukasz Karlak. Wiem, że w każdej chwili zgodę tę mogę wycofać bez wpływu na dalszą realizację usługi.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis matki / opiekunki)

i

.....
(podpis ojca / opiekuna)

UWAGA!!! Brak podpisów, niewypełnienie lub niedostarczenie karty kwalifikacyjnej może spowodować niedopuszczenie dziecka do wyjazdu.

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA. Postanawia się:

- Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
- Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

X. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na.....

Od dnia do dnia 20..... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

XI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka