 **Karta Uczestnika**

 Obozu INFORMATYCZNEGO

**Informacja Organizatora Imprezy:**

Kod imprezy 15Pomorzanka09 Termin: 27.09.2015 – 02.10.2015 r.

Miejsce pobytu: Willa Pomorzanka 84-120 Władysławowo ul.Szkutników5 Tel. 58 674-04-10

**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 : Willa Pomorzanka godz.: 18:00 Wtorek 2015-09-27

W ramach Obozu Informatycznego zapewniamy:

* całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja)
* zakwaterowanie w pokojach 2,3 i 4-osobowych
* opiekę wychowawczą i merytoryczną
* zadania do rozwiązania na poziomie olimpijskim i omówienie tych zadań
* gry i zagadki logiczne
* zajęcia sportowe i rekreację (wymagane: strój sportowy oraz obuwie na zmianę)

**Zakończenie** obozu : Willa Pomorzanka godz.: 9:00 Niedziele 2015-10-02

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu w wysokości 590zł

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 podałam(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. Bezwzględnym 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)*