

**KARTA UCZESTNIKA  
OBOZU INFORMATYCZNEGO****INFORMACJA ORGANIZATORA IMPREZY:**

Kod imprezy 20Bukowina08 Termin: 13.08.2020 – 23.08.2020 r.

Miejsce pobytu: OW Stasinda 34-530 Bukowina Tatrzańska ul.Karęciny 5 tel.18 200 12 77

**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 :** OW Stasinda Bukowina Tatrzańska godz.: 18:00 Czwartek 2019-08-13

- całodzienne 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

- zajęcia sportowe i rekreację (wymagane: strój sportowy oraz obuwie na zmianę)

- wycieczki po górach (m.in.: Kasprowy Wierch, Dolina Pięciu Stawów Polskich, Morskie Oko)

- zwiedzanie Zakopanego (Krupówki, skocznia narciarska „Wielka Krokiew”)

Zakończenie obozu : OW Stasinda godz.: 9:00 Niedziela 2020-08-23

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu w wysokości 1850zł

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. 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.

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę/y na samodzielny powrót syna/ córki z obozu do miejsca stałego zamieszkania.

.....  
*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)*