

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

Kod imprezy 20Zakopane08 Termin: 02.08.2020 – 12.08.2020r.

Miejsce pobytu: Weronika INN 34-520 Poronin Suche 7A tel./fax + 18 20 723 03 /18 207 51 10

Zgłoszenie Uczestnika :

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

Imię i nazwisko uczestnika.....

PESELData urodzenia.....

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

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

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

Ojciec.....

Rozpoczęcie obozu : Weronika Inn Poronin godz.: 18:00 Niedziela 2020-08-02

- całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja)

- zakwaterowanie w pokojach 2, 3, 4, 5 i 6-osobowych

- opiekę wychowawczą i merytoryczną

- zadania do rozwiązania na poziomie olimpijskim i omówienie tych zadań

- gry i zagadki logiczne, programowanie w C++

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

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

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

Zakończenie obozu: Weronika Inn godz.: 9:00 Środa 2020-08-12

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 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.

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)