



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: dom :.....kom.....praca.....
6. Imię i nazwisko ojca/ opiekuna
Telefon: dom :.....kom.....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. DOŁĘGLIWOŚCI 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, lęki
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__ ŹLE__
G. CZY DZIECKO NOSI : okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne
.....
H. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach
wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.
.....
I. INNE WAŻNE INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA
W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje

.....
miejsce i data

.....
podpis matki/ opiekunki

.....
podpis ojca/ opiekuna

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

.....
miejsowość 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. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

1. Wysyłając dziecko na obóz przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:
 - a) Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, wychowawców i instruktorów.
 - b) Organizator nie ponosi odpowiedzialności za niepowierzone do przechowania pieniądze i rzeczy, w szczególności przedmioty elektroniki użytkowej.
 - c) Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków oraz innych środków odurzających.
 - d) Rodzice (opiekunowie) są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.
 - e) 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).
2. Niniejszym wyrażam zgodę na udział dziecka w obozie, w szczególności na czynny udział w takich zajęciach rekreacji ruchowej jak: żeglarstwo, windsurfing, kajakarstwo, zajęcia linowe, taniec, paintball, biegi na orientację, jazda konna, jazda na rowerze, zajęcia quadowe, archery games, survival, jazda na nartach i snowboardzie, trekking górski.
3. Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.
4. 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.
5. Uczestnik zostanie zapoznany z zasadami bezpiecznego użytkowania sprzętu paintball-owego i zobowiązuję 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.
6. 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.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2015 r. poz 2135, z późn. zm.).

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis matki / opiekunki)

i

.....
(podpis ojca / opiekuna)

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

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA. Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu

IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na.....
Od dnia do dnia..... 20..... r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika placówki wycieczki)

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

