

X. DODATKOWE UWAGI



Pieczęć Organizatora

KARTA KWALIFIKACYJNA Uczestnika kolonii

organizator: Złoty Melon sp. z o.o., ul. Dominikańska 19C, 02-738 Warszawa, www.szadowomlyn.pl
NIP: 521-32-36-491, REGON: 01544097, Nr ewidencyjny ROTiPTWM: 2080, członek PIT

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU			
Nazwa imprezy	Wakacyjny Zawrót Głowy		
Adres wypoczynku	Ośrodek Szkoleniowy Szadowo Młyn, Szadowo 1, 82-500 Kwidzyn		
Data rozpoczęcia		Data zakończenia	
II. DANE UCZESTNIKA			
Imię i nazwisko		Wiek	
Adres zamieszkania			
Data urodzenia		PESEL	
Telefon uczestnika		Telefon rodzica	
Dane rodziców			
Adres pobytu rodziców podczas kolonii, telefon			

Miejscowość i data	Podpis rodzica, opiekuna

XI. WYCIĄG Z WARUNKÓW UCZESTNICTWA			
1.	Uczestnik kolonii Wakacyjny Zawrót Głowy zobowiązany jest do czynnego udziału w realizowanych zajęciach, podporządkowania się poleceniom kierownika, wychowawcy i instruktorów.		
2.	Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu kolonii, ośrodka, kąpielowego, przeciwpożarowego oraz wycieczek.		
3.	Podczas kolonii obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i zażywania środków odurzających. Nieprzestrzeganie powyższych zakazów będzie skutkowało usunięciem Uczestnika z kolonii oraz odwiezieniem do miejsca pobytu opiekuna na jego koszt. Usunięcie Uczestnika z kolonii na powyższych zasadach może nastąpić także ze względu na poważne naruszenia regulaminu przez Uczestnika.		
4.	Organizator nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, wartościowe przedmioty oraz rzeczy pozostawione lub zagubione przez Uczestnika w trakcie pobytu oraz w środkach transportu, które nie zostały zdeponowane u wychowawcy. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za zniszczenie rzeczy przez Uczestnika (ubrania, sprzęt elektronicznych) podczas zajęć kolonijnych.		
5.	Rodzice lub opiekunowie ponoszą odpowiedzialność materialną za szkody wyrządzone przez Uczestnika podczas podróży i pobytu na kolonii.		
6.	Rodzice lub opiekunowie zobowiązują się do punktualnego przyprowadzenia Uczestnika na miejsce wyjazdu oraz do odebrania go po powrocie z miejsca zbiórki.		
7.	Opieka medyczna obejmuje zabezpieczenie Uczestnika w podstawowe środki medyczne dostępne bez recepty. W przypadku chorób przewlekłych oraz recept wypisanych przez lekarza dla Uczestnika jego rodzic lub opiekun prawny zobowiązuje się do zwrotu kosztów leków zakupionych przez organizatora.		
8.	Rezygnacja z udziału w kolonii po jej rozpoczęciu, skrócenie pobytu lub niewykorzystanie części świadczeń z winy Zamawiającego lub Uczestnika nie stanowi podstawy do zwrotu ekwiwalentu pieniężnego za te świadczenia.		
9.	Niniejsze dodatkowe warunki stanowią integralną część Zgłoszenia.		
10.	Osobą odpowiedzialną za realizację kolonii jest Tomasz Matulewicz, szkolenia@szadowomlyn.pl .		
11.	Oświadczam, że przyjmuje powyższe warunki.		
Data		Podpis rodzica lub opiekuna	

III. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Oświadczam, że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie trwania wycieczki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszej karcie w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.			
Data		Podpis rodzica lub opiekuna	

IV. INFORMACJE O PRZEBYTYCH SZCZEPIENIACH

Szczepienie ochronne (podać rok): tężec....., błonica....., dur....., inne.....			
Data		Podpis lekarza, rodzica lub opiekuna	

V. ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam, iż dziecko może / nie może być uczestnikiem kolonii.			
2. Zalecenie dla wychowawcy, pielęgniarki			
Data		Podpis lekarza, rodzica lub opiekuna	

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się: <input type="checkbox"/> Zakwalifikować i posłać dziecko na wypoczynek <input type="checkbox"/> Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:	
Miejscowość i data	Podpis Organizatora wycieczki

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na kolonii Wakacyjny Zawrót Głowy			
Data rozpoczęcia		Data zakończenia	
Przyczyny wcześniejszego wyjazdu			
Data		Podpis kierownika wycieczki	

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

Organizator poinformuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka			
Miejscowość i data		Podpis lekarza i pielęgniarki	

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS TRWANIA KOLONII

Data		Podpis wychowawcy	