

V. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Stan zdrowia w pełni umożliwia udział w wyjeździe i korzystanie z programu imprezy.
2. Przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w poszczególnych elementach programu.....
3. Zalecenia dla wychowawcy:
4. Zalecenia dla pielęgniarki:

(data) (podpis lekarza lub rodzica / opiekuna) *

VII. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się zakwalifikować/ odmówić zakwalifikowania** uczestnika na wypoczynek ze względu na:

(data) (podpis organizatora wypoczynku)

VIII. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnika przebywał od dnia do dnia 20..... r.

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

IX. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU (dane o zachowaniach, urazach, leczeniu, itp.)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

X. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

* Pola obowiązkowe
** Niepotrzebne skreślić



30-518 **Kraków**, Rynek Podgórski 7, tel./fax. 12 656 27 55, 656 38 18
e-mail: krakow@jaworzyna.com.pl
40-061 **Katowice**, ul. Zwirki i Wigury 2/1, tel./fax. 32 257 06 66, 733 00 24
e-mail: katowice@jaworzyna.com.pl
00-100 **Warszawa**, ul. Przechodnia 2, tel./fax. 22 652 33 10, 652 12 33
e-mail: warszawa@jaworzyna.com.pl
50-217 **Wrocław**, ul. Pomorska 51-53 lok.7, tel./fax. 71 780 49 55
e-mail: wroclaw@jaworzyna.com.pl
90-006 **Łódź**, ul. Gdańska 90, tel. 42 648 34 83
e-mail: lodz@jaworzyna.com.pl

KARTA KOLONIJNA (KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU) (Uwaga! Termin oddania karty kolonijnej – do 7 dni przed wyjazdem)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

* Forma wypoczynku: **KOLONIA** **OBÓZ** **AKADEMIA SZKRABUSIÓW**

* **Nazwa ośrodka / Miejsce:**

* **Termin wypoczynku:**

(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. * **Imię i nazwisko dziecka:**

2. * **Adres zamieszkania / zameldowania dziecka:**

3. * **Data urodzenia dziecka:** 4. **Nr tel. dziecka**
(dotyczy imprez zagranicznych)

5. * **PESEL DZIECKA:**

(nr PESEL jest niezbędny w Polsce do skorzystania z publicznej opieki medycznej)

6. ** **Szkola, do której uczęszcza dziecko:** adres i telefon:
..... klasa.....

7. * **Dane dotyczące rodziców (opiekunów) dziecka:**

Imię i nazwisko ojca:

Telefon kontaktowy ojca:

****Nazwa zakładu pracy ojca**

Imię i nazwisko matki:

Telefon kontaktowy matki:

****Nazwa zakładu pracy matki**

Adres rodziców podczas pobytu dziecka na kolonii (obozie):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

(data) (podpis rodzica / opiekuna)*

* Pola obowiązkowe
** Pola wymagane przez B. T. Jaworzyna Tour

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU *

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Informacje o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.....
3. Przebyte choroby (proszę podać, w którym roku życia):
odra....., ospa....., różyczka....., żółtaczka zakaźna....., świnka....., padaczka....., choroby nerek (jakie):....., choroby reumatyczne....., astma....., inne choroby.....
4. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie**:
Omdlenia, drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, częste bóle brzucha, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, lęki nocne, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel (lub katar, anginy), bóle stawów, duszności, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne:
.....
5. Informacja o szczepieniach ochronnych (podać rok): tężec, błonica, dur.....
Inne.....
6. Dziecko jest***: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, jest nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka:
7. Dziecko jest/ nie jest uczulone ** na – proszę podać:
.....
8. Dziecko zażywa leki na stałe/ doraźnie** - jakie? Proszę podać sposób dawkowania:
.....
9. Dziecko nosi **: okulary, soczewki kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty:
10. Jazdę samochodem dziecko znosi dobrze/ źle**
11. Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się**/nie zgadzam się** na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.

W przypadku, gdy dziecko przyjmuje przed wyjazdem (lub na stałe) lekarstwa, poinformuję o tym wychowawcę i przekażę pisemną informację o dawkowaniu wraz z lekami.

OŚWIADCZAM, ŻE PODAŁEM / PODAŁAM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU NA KOLONII/ OBOZIE/ AKADEMII SZKRABUSIÓW ORAZ, ŻE NIE MA PRZECIWSKAZAŃ DO UDZIAŁU DZIECKA W IMPREZIE.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

* Pola obowiązkowe
** Niepotrzebne skreślić

IV. DODATKOWE WARUNKI UCZESTNICTWA W KOLONIACH (OBOZACH) ORGANIZOWANYCH PRZEZ B. T. „JAWORZYNA TOUR”

1. Uczestnik kolonii/obozu/Akademii Szkrabusiów zobowiązany jest: czynnie uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców, stosować się do regulaminów kolonii/obozu/Akademii Szkrabusiów, do regulaminu ośrodka oraz do poleceń wychowawców i kierownika.
2. Uczestnik powinien zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (ubrania, obuwie, przybory toaletowe itp.).
3. Pieniądze oraz rzeczy wartościowe uczestników powinny być obowiązkowo oddane w depozyt wychowawcy kolonijnemu lub konwojentowi. Prosimy również nie wyposażać dzieci w wartościowe ubrania. Niedochowanie powyższych warunków może skutkować niekorzystnymi konsekwencjami dla uczestnika w przypadku utraty, zniszczenia oraz zgubienia rzeczy wartościowych lub pieniędzy.
4. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni **dowód tożsamości**: legitymację szkolną (uprawniającą do zniżek) oraz paszport (przy imprezach zagranicznych). W przypadku braku ważnej legitymacji szkolnej może pojawić się konieczność poniesienia pełnej opłaty za bilet PKP, bilety wstępów itp.
5. W przypadku palenia papierosów, spożywania alkoholu albo innych środków odurzających, przebywania pod ich wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu kolonii/obozu/Akademii Szkrabusiów uczestnik może zostać wydalony z placówki wycieczki. Alkohol, papierosy oraz inne środki odurzające odebrane uczestnikom podczas trwania kolonii/obozu/Akademii Szkrabusiów będą niszczone w obecności uczestników.
6. Uczestnik (rodzice lub opiekunowie) ponosi materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas pobytu na kolonii/obozie/Akademii Szkrabusiów.
7. Rodzice uczestnika zobowiązują się zwrócić do kasy biura kwoty (uzgodnione z kierownikiem) wydatkowane na leki indywidualnie ordynowane dziecku.
8. Rezygnacja z imprezy po jej rozpoczęciu, skrócenie pobytu lub niewykorzystanie części świadczeń z winy klienta lub uczestnika może wiązać się z brakiem możliwości zwrotu kosztów tych świadczeń.
9. Biuro zastrzega sobie prawo wykorzystania zdjęć zrobionych na imprezach B. T. Jaworzyna Tour do wykorzystania w materiałach reklamowych tj. strona www, katalogi, reklama.
10. Niniejsze warunki są integralną częścią umowy.

.....
(podpis rodzica / opiekuna/ pełnoletniego uczestnika)*

DOTYCZY IMPREZ FAKULTATYWNYCH:

Deklaruję chęć uczestnictwa mojego dziecka w wycieczkach fakultatywnych oraz oświadczam, że zabezpieczę dodatkowe pieniądze na ich realizację. TAK NIE
W przypadku zaznaczenia TAK proszę podać liczbę i rodzaj wycieczek, w których dziecko powinno wziąć udział.....

Dotyczy kolonii i obozów w Polsce i za granicą (Bieszczady, Burzenin, Muszyna, Zwardoń, Bułgaria)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach **: Paintball, Quad Safari, Gokarty oraz oświadczam, że zabezpieczę dodatkowe pieniądze na ich realizację.

*Pola obowiązkowe
** Niepotrzebne skreślić

.....
(podpis rodzica / opiekuna)