**WARUNKI UCZESTNICTWA**

**NA OBOZIE**

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu, ośrodka gdzie jest organizowane są kolonie oraz do poleceń wychowawców.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni dowód tożsamości – aktualną legitymację szkolną.
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu.
4. W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia reguł obozu, uczestnik zostanie wydalony z placówki na koszt własny (rodziców, opiekunów).
5. Uczestnik (lub jego rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na obozie.
6. Uczestnik powinien zaopatrzyć się w niezbędny ekwipunek (obuwie, ubrania, rzeczy osobiste).
7. Niniejsze warunki stanowią część integralną umowy zgłoszenia zawartej z WM-Sport Sp. z o. o. – organizatorem Campu.

Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki na obozie są mi znane.

 ......................................................

 podpis rodziców (opiekunów)

 .......................................................

 podpis uczestnika

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**FC BARCELONA CAMP RYBNIK TURNUS II**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Rodzaj imprezy – obóz piłkarski.
2. Termin imprezy : 07-13.02.2016
3. Adres ośrodka: 44-213 Rybnik – Kamień, ul. Hotelowa 12
4. Organizator: WM-Sport Sp. z o. o. ul. Wawelska 5, 02-034 Warszawa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ / ZIMOWISKO / KOLONIE:

1. Imię i nazwisko dziecka ...............................................................................................

2. Data urodzenia .............................................................................................................

3. PESEL…………………………………………………………………………………………

4. Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość) ............................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

5. Telefon ...............................................................

6. Nazwa i adres szkoły ...................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

7. Rodzice (Opiekunowie):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | imię i nazwisko | Adres zamieszkania i telefon |
| Ojciec |  |  |
| Matka |  |  |

...................................... .....................................................

 data podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznaję) ...........................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Dziecko może być uczestnikiem: ................................................................................

..........................................................................................................................................

3. Zalecenia dla wychowawcy: .........................................................................................

..........................................................................................................................................

4. Zalecenia dla opieki medycznej: ..................................................................................

.........................................................................................................................................

5. Informacja o szczepieniach lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień.

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ............., błonica ............, dur ............,

inne ..................................................................................................................................................

......................................... ....................................................

 data podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)

odra ............. ospa .............. różyczka .............. świnka .............. szkarlatyna ................

żółtaczka zakaźna ............... choroby reumatyczne ................ choroby nerek ...............

astma ..................... padaczka ................. inne ...............................................................

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku: bóle głowy, brzucha,omdlenia,

niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, angina i inne ....................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Dziecko jest \* nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka ....................................................

..........................................................................................................................................

4. Dziecko jest uczulone \* tak / nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) .......

....................................................................................................................................................................................................................................................................................5. Dziecko nosi \* okulary, aparat ortopedyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty .....

..........................................................................................................................................zażywa stale leki: jakie? ...................................................................................................

..........................................................................................................................................

6. Jazdę samochodem znosi \* dobrze / źle

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .....................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie.

...................................... .....................................................

 data podpis matki, ojca lub opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI. INFORMACJA WYCHOWAWCÓW KLASY O UCZNIU

Uczestnik obozu / zimowiska / kolonii ................................ jest uczniem klasy ...............

Opinia:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................... .....................................................

 data podpis wychowawcy klasy

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku

..................................................

 (data) (podpis )

# VII. POTWIERRDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na ...................................................................................................................

od dnia ........................................ do dnia ......................................2016r.

..................................................

 (data) podpis kierownika