

KARTA KWALIFIKACYJNA

UCZESTNIKA WYPOCZYNKU



JOYTUR Obozy Kolonie Szkolenia
Biuro: ul.Mickiewicza 34/3, 51-619 Wrocław
www.joytur.net

REGULAMIN OBOZU JOYTUR

1. Uczestnik obozu (zwany dalej obozowiczem) ma obowiązek:
 - a) być pogodnym i uśmiechniętym – bo są wakacje.
 - b) wypoczywać (aktywnie) i pozwolić wypoczywać innym.
 - c) szanować innych obozowiczów, kadrę, oraz wszystkie stworzenia duże i małe.
 - d) dbać o higienę osobistą i porządek.
 - e) szanować sprzęt sportowy.
 - f) przestrzegać regulaminów: obozu, kąpieliska, ujeżdżalni, grupy dyżurnej i planu dnia.
 - g) być punktualnym i chętnym do współpracy z kadrą i obozowiczami.
2. Obozowicz ma prawo:
 - a) aktywnie uczestniczyć w życiu obozu.
 - b) korzystać z telefonu komórkowego w czasie wolnym w sposób nie przeszkadzającym innym uczestnikom obozu.
 - c) brać udział we wszystkich zajęciach i imprezach obozowych.
 - d) zwracać się ze swoimi problemami do swojego wychowawcy, lub bezpośrednio do kierownika obozu.
 - e) korzystać ze sprzętu sportowego JOYTUR na zasadach określonych przez kierownictwo obozu.
3. Obozowicz nie ma prawa:
 - a) dokuczać innym i zakłócać ich prawa do wypoczynku.
 - b) bez wyraźnego powodu narzekać i marudzić.
 - c) zawracać głowę rodzicom w sprawach, które można załatwić na miejscu.
 - d) opuszczać teren obozu bez wiedzy swojego opiekuna.
 - e) pić alkoholu, palić papierosów, brać środków odurzających.
4. Za swoje zachowanie i postawę obozowicz może zostać nagrodzony lub ukarany stosownie do zasług lub win.

PODPIS UCZESTNIKA OBOZU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: obóz narciarsko-snowboardowy
2. Adres:
3. Czas trwania: od do

Wrocław 10.01.2025

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka:
.....
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Rok urodzenia:
4. Numer PESEL uczestnika wypoczynku:
5. Adres zamieszkania:
6. Adres i telefon rodziców lub opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
.....
.....

7. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki:

.....
.....

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....
.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....

oraz o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tęzec

błonica

inne

.....
.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS RODZICA

III. DECYZJA ORGANIZATORA WYCIECZKI O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYCIECZKI DO UDZIAŁU W WYCIECZKI:

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę

odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu

.....
.....

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS ORGANIZATORA WYCIECZKI

IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W OBOZIE:

Dziecko przebywało na

w terminie od do20..... r.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA
.....
CZYTELNY PODPIS KIEROWNIKA

V. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W OBOZIE WYCIECZKI:

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA
.....
PODPIS LEKARZA LUB PIELĘGNIARKI

VI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W OBOZIE WYCIECZKI:

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

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA
.....
PODPIS WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w częściach II, III Karty Kwalifikacyjnej, w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie obozu. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na niezbędne zabiegi diagnostyczne i leczenie szpitalne.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA
.....
PODPIS RODZICA