

DO UCZESTNIKÓW I ICH RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

PROSIMY O UWAŻNE PRZEANALIZOWANIE PONIŻSZYCH ZASAD ORAZ JAK NAJDOKŁADNIEJSZE WYPEŁNIENIE KARTY KOLONIJNEJ, UŁATWI TO NAM POZNANIE UCZESTNIKÓW ORAZ ORGANIZACJĘ OBOZU/ KOLONII/ AKADEMII ZDROWIA I PRZYGODY, **ZIELONEJ SZKOŁY oraz ZIELONEGO TYGODNIA**

Uczestnik obozu/ kolonii/ akademii zdrowia przygody, zielonej szkoły, ZIELONEGO TYGODNIA organizowanej przez BP Bartek zobowiązany jest do przestrzegania w czasie trwania obozu/ kolonii/ akademii zdrowia przygody , zielonej szkoły / TYGODNIA obowiązujących na niej zasad w szczególności dotyczy to:

- CAŁKOWITEGO ZAKAZU PALENIA TYTONIU, PICIA NAPOJÓW ZAWIERAJĄCYCH ALKOHOL, ZAŻYWANIA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH,
- NEGACJI ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH I WULGARNYCH,

W wypadku łamania zasad obowiązujących na placówce wypoczynku w stosunku do uczestników mogą zostać wyciągnięte sankcje w postaci:

- OFICJALNE UPOMNIENIE PRZEZ WYCHOWAWCĘ OBOZU/ KOLONII/ AKADEMII ZDROWIA I PRZYGODY, ZIELONEJ SZKOŁY, TYGODNIA
- POWIADOMIENIE RODZICÓW
- WYDALENIE Z OBOZU/ KOLONII/ AKADEMII ZDROWIA I PRZYGODY, ZIELONEJ SZKOŁY, TYGODNIA CZYLI POWRÓT DO DOMU NA KOSZT UCZESTNIKA (RODZICÓW), BEZ PRAWA ZWROTU ŚRODKÓW FINANSOWYCH ZA NIEWYKORZYSTANY OKRES, **UCZESTNICZY PEŁNOLETNI PODLEGAJĄ PRZEPISOM PRAWA CYWILNEGO I KARNEGO**

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 W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZA SZKODY WYRZĄDZONE PRZEZ DZIECKO W TRAKCIE OBOZU/ KOLONII/ AKADEMII ZDROWIA I PRZYGODY, ZIELONEJ SZKOLE BĘDĘ PONOSIŁ (A) ODPOWIEDZIALNOŚĆ FINANSOWĄ I PRAWNĄ.

SWOIM PODPISEM AKCEPTUJĘ ZASADY OBOWIĄZUJĄCE NA OBOZACH/ KOLONIACH / AKADEMII ZDROWIA I PRZYGODY , ZIELONEJ SZKOLE ORGANIZOWANYCH PRZEZ BP BARTEK. JEDNOCZEŚNIE PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE ZA PODANIE NIEPRAWDZIWYCH DANYCH BĘDĘ PONOSIŁ (A) ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNĄ ZGODNIE Z PRZEPISAMI KODEKSU CYWILNEGO.

.....
(czytelny podpis rodzica, opiekuna)

SWOIM PODPISEM STWIERDZAM, ŻE AKCEPTUJĘ ZASADY OBOWIĄZUJĄCE W PLACÓWCE WYPOCZYNKU BP BARTEK

.....
(czytelny podpis uczestnika)

UWAGA: rodzice (opiekunowie) wypełniają części II i III + strona ostatnia, higienistka szkolna wypełnia część IV, a część V wychowawca klasowy.

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU.

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku-
2. Adres placówki –
3. Czas trwania od.....200... r.....do.....200... r.....

Trasa obozu wędrownego.....

..Bielsko-Biała200... r....

(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

I. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Pesel dziecka.....
5. Telefon domowy.....tel. do pracy.....tel. kom
6. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....
7. Adres rodziców lub opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce
-tel.....
8. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach (dot. Publicznych placówek wypoczynku)

	Imię i nazwisko	Nazwa i adres zakładu pracy	stanowisko	Dochód miesięczny /brutto/
Ojciec				
Opiekun				
Matka				
Opiekunka				

8. Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości zł. słownie..... – wersja pełnopłatna....zł w terminie do dn.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp.)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(data) (czytelny podpis rodzica, opiekuna)

III. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonnica, dur, inne

.....
(data) (czytelny podpis pielęgniarki)

IV. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
(data) (czytelny podpis)

V. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości.....zł słownie.....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:.....

.....
(data) (podpis)

VI. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na.....
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia..... do dnia.....20.....r.

.....
(data) (podpis kierownika placówki)

VII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki)

VIII. UWAGI I SPOSTRZEZENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKT. O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

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

.....
(data) (czytelny podpis)