

=====  
kompletnie wypełnioną Kartę Zgłoszenia  
należy wystać na adres [biuro@reliese.pl](mailto:biuro@reliese.pl)

## LETNIE ZGRUPOWANIE RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2024

### INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. rodzaj placówki wypoczynku: **Letnie Zgrupowanie RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2024**
2. adres placówki wypoczynku **ZAMEK JANÓW PODLASKI\*\*\*\***
3. czas trwania turnusu: **03 – 14.07.2024**

#### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

wypełniają rodzice-opiekunowie prawni lub dorosły uczestnik

1. imię i nazwisko uczestnika \_\_\_\_\_
2. data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_
3. adres zamieszkania wraz z kodem \_\_\_\_\_
4. adres rodziców-opiekunów prawnych w trakcie pobytu dziecka na szkoleniu \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_
5. numer PESEL dziecka i nazwa kasy chorych, do której dziecko przynależy \_\_\_\_\_
6. dokładna informacja rodziców-opiekunów prawnych dotycząca stanu zdrowia dziecka (np. na co jest uczulone, czy nosi okulary, jakie leki stałe przyjmuje, jak znosi jazdę samochodem oraz wszystkie inne informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu opieki dziecku na obozie):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w poczuciu troski o własne dziecko podałem/am wszystkie znane mi informacje (nie zatajając żadnej z nich), które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wyjeździe. W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\* na hospitalizację dziecka po telefonicznym powiadomieniu.

\* **niepotrzebne skreślić**

Oświadczam również, że:

Wyrażam zgodę na wyjazd dziecka na **Letnie Zgrupowanie RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2024** organizowane przez Uczniowski Klub Sportowy RELIESE z siedzibą w 05-220 Zielonka, ul. Ossowska 85 D-1

1. Syn, córka będzie przestrzegać regulaminu placówki wypoczynku oraz regulaminu zajęć UKS RELIESE
2. Syn, córka jest świadoma, że: 1) celem szkolenia jest podniesienie ogólnej sprawności fizycznej i techniki tanecznej oraz aktywny wypoczynek, 2) zdecydował(a) się na wyjazd zbiorowy, co łączy się z zasadami współżycia w grupie.
3. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
4. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka na poczet zawartości alkoholu w organizmie (alkomat).
5. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie zwraca kosztów za niewykorzystane dni pobytu na szkoleniu z winy uczestnika lub ze względu na wcześniejsze zabranie dziecka z placówki.
6. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie ponosi odpowiedzialności materialnej za zagubione rzeczy.

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko (rodzic/opiekun prawny lub pełnoletni uczestnik)

\_\_\_\_\_  
nr PESEL

\_\_\_\_\_  
podpis

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIEŃ wraz z podaniem roku lub xero kopia książeczki zdrowia dziecka w załączeniu:**

szczepienia ochronne: tężec: \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_

inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis pielęgniarki

**OPINIA LEKARZA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA ORAZ WYRAŻENIE ZGODY NA UDZIAŁ W SZKOLENIU\*:**

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

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza lub

\* W przypadku odstąpienia od wypełnienia tego punktu Rodzic/opiekun prawny lub dorosły uczestnik oświadcza, że jest zdrowy i zdolny do udziału w Letnim Zgrupowanie RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2024

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza lub

---

**ADNOTACJE MEDYCZNE W TRAKCIE TRWANIA SZKOLENIA:**

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

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć opieki medycznej

**ADNOTACJE OPIEKUNA/WYCHOWAWCY GRUPY PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA:**

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

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis opiekuna grupy

**ADNOTACJE KIEROWNIKA PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA:**

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

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis kierownika