

**kompletnie wypełnioną
Kartę Zgłoszenia
należy zabrać ze sobą na
zgrupowanie**

**LETNIE ZGRUPOWANIE
RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2025**

INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. rodzaj placówki wypoczynku: **Letnie Zgrupowanie RELIESE SUMMER DANCE CAMP JANÓW PODLASKI`2025**
2. adres placówki wypoczynku **ZAMEK JANÓW PODLASKI******
3. czas trwania turnusu: **16 – 25.08.2025**

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

wypełniają rodzice-opiekunowie prawni lub dorośli 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`2025** 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 _____

miejscowość, data

podpis pielęgniarki

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

miejscowość, 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

miejscowość, data

podpis i pieczęć lekarza lub

ADNOTACJE MEDYCZNE W TRAKCIE TRWANIA SZKOLENIA:

miejscowość, data

podpis i pieczęć opieki medycznej

ADNOTACJE OPIEKUNA/WYCHOWAWCY GRUPY PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA:

miejscowość, data

podpis opiekuna grupy

ADNOTACJE KIEROWNIKA PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA:

miejscowość, data

podpis kierownika