



Strona internetowa: www.bythewind.pl
Email: biuro@bythewind.pl
Telefon: 503 772 229
Adres korespondencyjny: Leśna 21/5, 55-330 Wilkszyn

KARTA UCZESTNIKA OBOZU/REJSU

I. Miejsce organizacji rejsu – Wielkie Jeziora Mazurskie

1. Forma organizacji: obóz wędrowny w formie rejsu turystycznego

2. Forma i termin wypoczynku: termin:.....

forma (rejs: rekreacyjny/doszkalający/szkoleniowy/treningowy) – niepotrzebne skreślić

3. Miejsce lokalizacji rejsu: **WIELKIE JEZIORA MAZURSKIE**

Trasa rejsu:

Jez. Nidzkie; Jez. Beldany; Jez. Mikołajskie; Jez. Śniardwy; Jez. Tałty; Jez. Ryńskie; Jez. Niegocin; Jez. Kisajno;
Jez. Dargin; Jez. Dobskie; Jez. Mamry; Jez. Świącjayty

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis organizatora)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA REJSU – tu wypełnia uczestnik/rodzic/opiekun prawny

1. Nazwisko i imię.....
2. Data urodzenia.....Pesel.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Nazwiska i imiona rodziców/opiekunów prawnych.....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców/opiekunów prawnych.....
6. Numery telefonów rodziców/opiekunów prawnych.....

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego/pełnoletniego uczestnika rejsu)

III. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA REJSU UDZIAŁU UCZESTNIKA W REJSIE – tu wypełnia kierownik rejsu

Uczestnik przebywał na terenie Wielkich Jezior Mazurskich w terminie: od dnia..... do dnia.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika)

IV. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA REJSU – tu wypełnia uczestnik/rodzic/opiekun prawny

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika rejsu, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika rejsu, 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).

3. Oświadczam, że moje dziecko posiada/nie posiada umiejętności pływania.
Decyzję o bezwarunkowym obowiązku używania kamizelek ratunkowych podejmuje Organizator. Uczestnicy obozu nie posiadający umiejętności pływania mają obowiązek zakładania kamizelki ratunkowej w każdych warunkach

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, że na czas przebywania dziecka na obozie przedstawiciel organizatora oraz wychowawca przejmują prawa i obowiązki czasowego opiekuna prawnego powierzonego opiece dziecka. W związku z tym w przypadku świadczeń medycznych czasowi opiekunowie prawni w stosunku do powierzonego opiece dziecka mogą: uzyskiwać informacje o jego stanie zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, mogą wyrażać zgodę na wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego. W razie uzasadnionej potrzeby, w tym zagrożenia zdrowia i życia dziecka **zgadzam się/ nie zgadzam się (niepotrzebne skreślić)** na jego leczenie w tym leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. O udzielonych dziecku świadczeniach zdrowotnych organizator niezwłocznie powiadamia rodziców. W przypadku choroby dziecka pokryję koszty zakupionych przez organizatora niezbędnych leków. W razie uzasadnionej potrzeby **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić)** na badanie dziecka na obecność środków odurzających w organizmie.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

