

## REGULAMIN KOLONII (OBOZU MŁODZIEŻOWEGO)

1. Uczestnik kolonii (obozu młodzieżowego) zobowiązany jest stosować się do poleceń wychowawców oraz regulaminu kolonii i ośrodka gdzie jest organizowany.
2. Uczestnik kolonii (obozu młodzieżowego) zobowiązany jest zabrać ze sobą paszport (w przypadku wyjazdów i wycieczek zagranicznych) oraz aktualną legitymację szkolną.
3. Na kolonii (obozie młodzieżowym) obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających. Nieprzestrzeganie w/w spowoduje wydalenie uczestnika z obozu i odesłanie na koszt rodziców (opiekunów) do domu.
4. Rodzice lub opiekunowie ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez uczestnika podczas podróży lub pobytu na obozie.
5. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za nieoddane w depozyt wychowawcy: sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe, pieniądze oraz rzeczy pozostawione podczas pobytu oraz w środkach transportu

Ja niżej podpisany oświadczam, że regulamin kolonii (obozu) jest mi znany.

.....  
podpis uczestnika kolonii (obozu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, w związku ze zgłoszeniem uczestnictwa w kolonii/obozie. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia uczestnika do udziału w organizowanej imprezie. Po odbytej imprezie dane osobowe są gromadzone wyłącznie do celów archiwizacji przez okres 5 lat. Zostałem /am poinformowany /a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....  
podpis rodziców lub opiekunów

.....  
podpis uczestnika kolonii (obozu)



Biuro Podróży  
**„Eskapada”**  
76 - 200 Słupsk, ul. Jedności Narodowej 2  
tel./ 0 - 59 / 842 - 02 - 16

## WYPOCZYNEK DZIECI I MŁODZIEŻY KARTA KWALIFIKACYJNA

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

#### 1. Adres placówki:

.....

Czas trwania od ..... do.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis organizatora placówki

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

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia ..... 3. Adres zamieszkania .....

..... telefon .....

4. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku ..... tel. ....

5. Imiona i nazwiska rodziców:.....

.....

6. Paszport Nr ..... PESEL .....  
(dotyczy wyjazdów zagranicznych)

### **III. INFORMACJA RODZICÓW ( OPIEKUNÓW ) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka (właściwe podkreślić) omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne:.....

.....

2. Przebyte choroby, podać w którym roku : żółtaczka zakaźna: ..... dur (tyfus) brzuszny: ..... błonica: ..... inne choroby zakaźne:..... zapalenie nerek: ..... zapalenie wyrostka robaczkowego: ..... zapalenie ucha: ..... częste anginy:.....cukrzyca: ..... padaczka:.....inne choroby:.....

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie (właściwe podkreślić) podać powód.....

.....

4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone? .....

.....

5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy) .....

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle (właściwe podkreślić) W przypadku, gdy znosi jazdę źle, prosimy o wyposażenie w leki.

7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka .....

8. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje .....(tak lub nie)

9. Wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach obejmujących jazdę konną, jazdę na nartach i korzystanie ze sprzętu pływającego pod

opieką wychowawcy, instruktora (o ile zawarte jest to w programie) .....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na placówce wypoczynku

..... (miejsowość, data) ..... (podpis ojca, matki, opiekuna nazwisko i imię)

### **IV. UBEZPIECZENIE**

Uczestnik jest ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia za granicą. Ewentualne ubezpieczenie bagażu osobistego we własnym zakresie. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za utratę bądź uszkodzenie rzeczy osobistych uczestnika.

### **V. INFORMACJA LEKARZA (PIELĘGNIARKI) PLACÓWKI WYPOCZYNKU**

waga .....

dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu.....

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

( miejscowość, data ) (podpis lekarza, pielęgniarki)

## ZAŁĄCZNIK DO KARTY KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko ..... oraz numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Imiona i nazwiska rodziców .....

3. Termin wycieczki od ..... do ..... (dzień, miesiąc, rok)

4. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki.....

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na jego uczestnictwo w wycieczce.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie trwania wycieczki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w szczególnych kategorii danych przez Biuro Podróży Eskapada w celu organizacji i realizacji niniejszej imprezy turystycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka w serwisach internetowych i mediach społecznościowych Biura Podróży Eskapada.