 KARTA ZGŁOSZENIA NA OBÓZ DZIECIĘCY

# INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU DLA DZIECI :

1. Organizator: **Fundacja NOVO w Poznaniu**
2. Forma: Chrześcijański Obóz dla dzieci w wieku **8 – 12 lat**
3. Adres: **Ośrodek Wypoczynkowy , Marylin 15 gm. Drawsko**
4. Czas trwania obozu: **18.07 - 27.07. 2024 r**
5. Koszt obozu: **1780,-**
6. Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
7. Kierownik obozu: Dorota Nowakowska, ul. Kuźnicza 10/6, 60-241 Poznań, tel. 502 042 629, e-mail: dorota.nowakowska@fundacjanovo.pl

# W nieprzekraczalnym terminie do dnia 15 czerwca 2024 r , należy wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu oraz zaliczkę w wysokości 480,- z dopiskiem imię i nazwisko uczestnika , na konto PKO S.A. Nr 79 1240 6566 1111 0010 9564 8405

# W przypadku rezygnacji nie z winny organizatora zadatek nie jest zwracany

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:**
2. Imię i nazwisko dziecka:

rozmiar koszulki:

1. Imiona i nazwiska rodziców:
2. Data urodzenia dziecka:
3. Adres zamieszkania dziecka:

Adres e-mali rodzica/prawnego opiekuna:

Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów: Ojciec ……………………., Matka ………………

1. Adres rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
2. Zaliczkę w wysokości 480 PLN wpłacono dnia na konto PKO S.A. **Zobowiązuję się**

# do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 1300 PLN (słownie: jeden tysiąc dwieście złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji lub przelewem do dnia 30 czerwca 2024 r.

1. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika obozu, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny, okulary…

-o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub kserokopia z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

tężec ………………………………………………

błonica …………………………………………….

dur inne

……………………………………………….

# oraz numer PESEL uczestnika wypoczynku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone? ( czy jest na specjalnej diecie )
2. Czy dziecko przyjmuje stałe leki? Jakie i w jakich dawkach?
3. Stan skóry , włosów…

# STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU

**DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MOJEGO DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE,**

**INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do organizacji i realizacji programu obozu, zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mojego dziecka uczestniczącego w wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm., oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych)
2. , informujemy, że administratorem danych przetwarzanych w związku z organizacją wypoczynku **„ MOC W DZIEŃ I NOC ”** jest kierownik obozu-Dorota Nowakowska. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane na potrzeby zorganizowania i przeprowadzenia obozu. Każda osoba udostępniająca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
3. Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na publikacje zdjęć mojego dziecka z pobytu na obozie na ulotkach reklamujących obozy, stronie [www.fundacjanovo.pl](http://www.fundacjanovo.pl/) i FB

Data: ............. Podpis lekarza lub pielęgniarki lub rodzica / opiekuna:........................................

(wypełnia organizator lub kierownik obozu)

# DECYZJA ORGANIZATORA OBOZU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA OBOZU DO UDZIAŁU W OBOZIE

Postanawia się:

* zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz;
* odmówić skierowania uczestnika na obóz ze względu ……………………………………………………

# POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Uczestnik przebywał na obozie Chrześcijański dla dzieci w Marylinie 15 gm. Drawsko od dnia

…………………………………. godz do dnia

………………………………………………, godz. …………………..

Marylin dnia …………………………….. Podpis kierownika obozu: ……………………………

# INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE

(informacja o zachorowaniach , urazach, leczeniu)

# …………………………………… ……………………………………………….

Miejscowość, Data: Podpis kierownika obozu

# UWAGI WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE

# 

# 