Błękitne okna
www.blekitne-okna.pl
Podróże

„Błękitna Okna" Agnieszka Nikoliszyn Granatowska
ul. Czereśniowa 6 74-320 Barlinek
NIP 597-112-13-12
biuro@blekitne-okna.pl

WAŻNE:

1. ***Prosimy wypełnić drukowanymi literami.***
2. ***Wypełnioną kartę prosimy dostarczyć do biura Stowarzyszenia „Lider Pojezierza" w Barlinku, ul. Sądowa 8 lub na adres mailowy*** lgd@liderpojezierza.pl ***, do dnia 14 listopada 2017***

KARTA UCZESTNIKA WYCIECZKI wraz z regulaminem

**wypełnia organizator*

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYCIECZCE*

1. Forma wycieczki – wyjazd edukacyjny w ramach Młodzieżowej Akademii Komunikacji organizowanej przez Stowarzyszenie Lider Pojezierza.- „Finanse dla MAK-ów"

2. Adres:

- Obiekt hotelarski „Patron" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa

3. Czas trwania wycieczki od 17.11.2017 do 18.11.2017

....
(miejscowość, data) *(podpis organizatora wypoczynku)*

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYCIECZK

1. Imię i nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia ..... 3. PESEL .....

4. Adres zamieszkania.....

……telefon .....

5. Nazwa i adres szkoły ……

…… klasa .....

6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wycieczce:

.....

..... telefon .....

....

(miejscowość, data) *(podpis ojca, matki lub opiekuna)*

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, itp.)

.....

Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nad dzieckiem w czasie trwania wypoczynku.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

....
(data) *(podpis matki, ojca lub opiekuna)*

IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU*
Dziecko przebywało na ……...
Od dnia …… do dnia …… 20……r.

....
(data) *(podpis kierownika wypoczynku)*

I. ZGODA NA LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE LUB OPERACYJNE
W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje**.** Oświadczam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w obozie/ kolonii

....
(data) *(podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)*

REGULAMIN WYCIECZKI
1. Uczestnik wycieczki zobowiązany jest stosować się do poleceń wychowawców – instruktorów BP „Błękitne Okna" oraz regulaminu wycieczki i Obiektu Hotelarskiego „Patron".
2. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione podczas pobytu oraz w środkach transportu.
3. Na wycieczce obowiązuje zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu i używania środków odurzających. Nieprzestrzeganie w/w zakazów spowoduje usunięcie uczestnika z wycieczki oraz powiadomienie szkoły. W przypadku usunięcia uczestnika, rodzice lub opiekunowie zobowiązują się do odebrania dziecka z wycieczki na koszt własny.
4. Rodzice lub opiekunowie ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez uczestnika podczas trwania wycieczki.
5. Niniejsze warunki stanowią integralną część umowy zgłoszenia zawartej z BP „Błękitne Okna"

Ja niżej podpisany oświadczam, że znam i akceptuję zapisy niniejszego regulaminu.

…… ……

(Podpis uczestnika obozu) *(podpis matki, ojca lub opiekuna)*