

REGULAMIN „OBOZU MŁODZIEŻOWEGO”



1. Uczestnik obozu młodzieżowego zobowiązany jest stosować się do poleceń wychowawców oraz regulaminu kolonii i ośrodka gdzie jest organizowany.
2. Uczestnik obozu młodzieżowego zobowiązany jest zabrać ze sobą paszport (w przypadku wyjazdów i wycieczek zagranicznych) oraz aktualną legitymację szkolną.
3. Na 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 sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione podczas pobytu oraz w środkach transportu.

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

.....
podpis rodziców lub opiekunów

.....
podpis uczestnika obozu

Biuro Usług Turystycznych Jagatour
ul. Skarbowców 83b 53-025 Wrocław, tel/fax (071) 3397307,
kom: (+48) 509 392911 gg. 233691
e-mail: biuro@jagatour.pl, www.jagatour.pl
Licencja organizatora nr 50/Z/2003

WYPOCZYNEK DZIECI I MŁODZIEŻY KARTA KWALIFIKACYJNA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Adres placówki:

3. Czas trwania:

.....
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

3. Imiona i nazwiska rodziców:.....

..... telefon.....

..... mail.....

4. Nazwa i adres szkoły:.....

..... klasa

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

..... tel.

..... mail.....

6. Paszport Nr PESEL

(dotyczy wyjazdów zagranicznych)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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:..... 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 (jaską, kiedy)

.....

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze, źle

W przypadku gdy znosi jazdę źle, prosimy o wyposażenie w aviomarin

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 i

korzystanie ze sprzętu pływającego pod opieką wychowawcy (o ile zawarte jest to

w programie) (tak lub nie)

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

(miejsce, 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. OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

.....

.....

Dziecko może być uczestnikiem

.....

(rodzaj placówki wypoczynku)

wskazania i przeciwwskazania

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć lekarza)

VI. INFORMACJA LEKARZA (PIELĘGNIARKI) PLACÓWKI WYPOCZYNKU

waga

dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis lekarza, pielęgniarki)