

IX. Oświadczam, że zapoznałam (em) się z ofertą, warunkami uczestnictwa w imprezie, informacjami szczegółowymi oraz warunkami ubezpieczenia i klauzulą informacyjną zawartymi w zał. Nr 1 stanowiącymi integralną część umowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych Osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwane dalej RODO oraz ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 24.05.2018r. Dz. U. Poz. 1000

ZOBOWĄZUJE SIĘ POKRYĆ KWOTĘ 2500,00 zł (słownie: dwa tysiące siedemset pięćdziesiąt złotych) winna znaleźć się na koncie do 25.06.2024

Wpłaty należy wpłacić na:

Stowarzyszenie Akademia Sportu Olimpia ul. Kwiatowa 13d/4 63-500 Ostrzeszów

nr konta: Santander Bank Polska O/Ostrzeszów 60 1090 1173 0000 0001 4398 7144

Tytuł przelewu: "Składka na cele statutowe Obóz Włochy 2024, termin __.08-___.08.2024r. imię i nazwisko uczestnika"

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)

X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU /UMOWA O UDZIAŁ W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ



tel. 605 310 836
e-mail: biuro@olimpiakids.com.pl
www.olimpiakids.com.pl

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.

1. Nazwa oferty : Kolonia we Włoszech
2. Forma placówki wypoczynku: Hotel CAROLIN ***
3. Miejsce placówki: WŁOCHY, Rimini
4. Czas trwania od __.08.2024 do __.08.2024

II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia..... klasa
3. Adres zamieszkaniatel.....
4. Nazwa i adres szkoły
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynkutel.kont.
7. Pesel dziecka nazwa kasy chorych
8. Wyrażam zgodę na dojazd do i powrót z ww. Ośrodka mojego dziecka w godzina nocnych .

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE

ZDROWIA DZIECKA i szczególnych potrzebach / zaleceniach

(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 ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.

.....
.....
(data) (podpis rodziców/opiekunów)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec

błonica.....dur

inne.....

.....
.....
(data) (podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY lub RODZICA/OPIEKUNA

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

.....
.....
(data) (podpis wychowawcy/opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku.*
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
.....
.....
.....
(data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

od dnia do dnia

.....
.....
(data) (podpis kierownika placówki wypoczynku)

niepotrzebne skreślić

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza/pielęgniarki placówki)