

**DODATKOWE WARUNKI UCZESTNICTWA NA OBOZIE
ORGANIZOWANYM PRZEZ B.P.AMIDA**

1.Uczestnik obozu zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców , stosować się do regulaminu obozu i ośrodka oraz do poleceń wychowawców .

2.Uczestnik powinien zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (ubrania ,obuwie , przybory toaletowe) .

3.Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności materialnej za sprzęt RTV i rzeczy wartościowe uczestników .

4.Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą ważny paszport .

5.W przypadku spożywania alkoholu i przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu obozu – uczestnik zostanie wydalony z miejsca wypoczynku na koszt własny lub rodziców (opiekunów) .

6.Uczestnik lub rodzice (opiekunowie) ponoszą materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas obozu .

7.Niniejsze warunki są integralną częścią umowy kupna-sprzedaży .

.....
podpis rodzica

**BIURO
PODRÓŻY**

43-300 Bielsko-Biała ul. Mickiewicza 34;
tel/fax:(033)8227608; 8228707; 8116085

AMIDA

KARTA UCZESTNIKA OBOZU

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

- 1.Rodzaj imprezy
- 2.Adres ośrodka
- 3.Termin imprezy
- 4.Miejsce wsiadania

**WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW)
O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ**

- 1.Imię i nazwisko dziecka
- 2.Adres zamieszkania
- 3.Data urodzenia
- 4.Telefon kontaktowy
- 5.Numer paszportu
- 6.Nazwa i adres szkoły
- 7.Adres rodziców podczas pobytu dziecka na obozie
- telefon

.....
data

.....
podpis

INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) : odra ospa,
różyczka, świnka, szkarlatyna, żółtaczkazakaźna,
choroby nerek, choroby reumatyczne, astma, padaczka,
inne

3. U dziecka występowały w ostatnim okresie lub występują obecnie :
drgawki , utraty przytomności , zaburzenia równowagi , omdlenia , częste bóle
głowy , lęki nocne , trudności w zasypianiu , tiki , moczenie nocne , częste bóle
brzucha , wymioty , krwawienie z nosa , przewlekły kaszel (lub katar , anginy) ,
duszności , bóle stawów , szybkie męczenie się , niedosłuch , jąkanie ,
inne

4. Dziecko jest nieśmiałe , ma trudności w nawiązaniu kontaktów , nadpobudliwe ,
inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka

5. Dziecko jest uczulone: tak nie (jeśli tak podać na co)

6. Dziecko nosi : okulary , aparat ortodontyczny , wkładki ortopedyczne , inne
aparaty

7. Jazdę autokarem znosi : dobrze źle

8. Inne uwagi o zdrowiu dziecka

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

**Stwierdzam , że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku , które
mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie .**

.....
data

.....
podpis rodzica

ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie).....

2. Zalecenie dla wychowawcy

3. Zalecenie dla pielęgniarki

Dziecko może być uczestnikiem obozu: **TAK NIE**

.....
miejscowość – data

.....
podpis i pieczęć lekarza

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE

INFORMACJA WYCHOWAWCY O UCZESTNIKU OBOZU W CZASIE POBYTU NA OBOZIE