

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Obóz Karate
2. Termin wycieczki 30.07.2025r. – 09.08.2025r.
3. Adres wycieczki: Ośrodek Wczasowy „Ostrów Pieckowski”, ul. Piecki 7, 11-710 Piecki

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko uczestnika

..... Data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel uczestnika

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WZROST (lub rozmiar koszulki)

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

7. Numer telefonu rodziców:

Mama Tata

8. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego, orzeczeniach lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

.....

.....

.....

9. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, 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 lub okulary)

.....

.....

.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tęzec..... błonica inn.....

.....

POTWIERDZAM, ŻE PODAŁEM (-AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI NA OBOZIE

.....
(data)

.....
(podpis rodziców)

III. DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.....
(data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał: Ośrodek Wczasowy „Ostrów Pieckowski”, ul. Piecki 7, 11-710 Piecki

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

V. INFORMACJE KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBAH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy wypoczynku)

-
- WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKÓW MOJEGO / MOJEGO DZIECKA POWSTAŁYCH W ZWIĄZKU Z OBOZEM, W TYM NA OBRÓT EGZEMPLARZAMI, NA KTÓRYCH UTRWALONO TEN WIZERUNEK ORAZ NA ZWIELOKROTNIANIE WIZERUNKU WSZELKIMI DOSTĘPNYMI AKTUALNIE TECHNIKAMI I METODAMI, ROZPOWSZECHNIANIE ORAZ PUBLIKOWANIE, TAKŻE WRAZ Z WIZERUNKAMI INNYCH OSÓB UTRWALONYMI W RAMACH REALIZACJI DZIAŁAŃ SŁUŻĄCYCH POPULARYZACJI I REKLAMIE OBOZU ORAZ INNYCH DZIAŁAŃ ZGODNYM ZE STATUTEM ORGANIZATORA. WIZERUNEK MÓJ / MOJEGO DZIECKA NIE MOŻE BYĆ UŻYTY W FORMIE LUB PUBLIKACJI OBRAŹLIWEJ DLA MNIE / MOJEGO DZIECKA LUB W INNY SPOSÓB NARUSZAĆ DOBRA OSOBISTE MOJE / MOJEGO DZIECKA.
 - WYRAŻAM ZGODĘ NA WYDAWANIE PRZEZ PIELĘGNIARKĘ I WYCHOWAWCÓW LEKÓW OBJAWOWYCH ORAZ ZALECONYCH PRZEZ LEKARZA, A W RAZIE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców)