



BIURO TURYSTYCZNE „TURYSTA”

Danuta Zielińska, Ryszard Zieliński, Aneta Zielińska
87-800 Włocławek, Przedmiejska 17
tel.: 54 411 69 88, 54 231 38 55
tel./fax: 54 411 34 12

X. DODATKOWE WARUNKI UCZESTNICTWA PODCZAS WYPOCZYNKU

1. Uczestnik kolonii (obozu) zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach organizowanych przez wychowawców, stosować się do regulaminów kolonii (obozu) i ośrodka oraz do poleceń wychowawców.
2. Uczestnik powinien zabrać ze sobą niezbędny ekwipunek (ubrania, obuwie, przybory toaletowe itp.)
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności materialnej za rzeczy RTV i rzeczy wartościowe uczestników.
4. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni dowód tożsamości (legitymację szkolną, paszport).
5. W przypadku spożywania alkoholu, przebywania pod jego wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu kolonii (obozu), uczestnik zostanie wydany z placówki wypoczynku na koszt własny (rodziców, opiekunów).
6. Uczestnik (rodzice, opiekunowie) ponosi materialną odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas pobytu na kolonii (obozie).
7. Niniejsze warunki są integralną częścią umowy zgłoszenia.

.....
(miejsowość, data)

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez B. T. „TURYSTA” z siedzibą we Włocławku ul. Przedmiejska 17 w celach marketingowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. 02. 101. 926).

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie przez B. T. „TURYSTA” z siedzibą we Włocławku ul. Przedmiejska 17 wizerunku uczestnika imprezy, wyłącznie w celach reklamowych w katalogach, na stronach internetowych w/w lub w innych materiałach promocyjnych firmy.

.....
(miejsowość, data)

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

KONCESJA ORGANIZATORA TURYSTYKI NR 0719, UBEZPIECZENIE OC SIGNAL IDUNA S.A.

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku
2. Adres
3. Czas trwania wypoczynku od do

.....
(miejsowość, data)

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

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

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
Telefon dziecka e-mail dziecka.....
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku:

.....
Telefon rodzica..... e-mail rodzica.....

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości..... zł
słownie

.....
(miejsowość, 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)

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

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

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur, inne

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza, rodzica lub opiekuna)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

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

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy, rodzica lub opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

- 1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek
- 2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu:

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na (forma i adres miejsca wypoczynku).....
..... od dnia do dnia 2 r.

.....
.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis lekarza, pielęgniarki lub kierownika)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
.....

.....
.....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy/instruktora)