

6. Nazwa i adres zakładu pracy rodziców (opiekunów):

Matka/ opiekunka

Ojciec/ opiekun

OŚWIADCZENIE

Rodzice lub opiekunowie są odpowiedzialni za szkody wyrządzone przez swoje dziecko podczas pobytu w placówce wypoczynku lub środka transportu. W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu (w szczególności spożywania alkoholu, palenia tytoniu, używania środków odurzających) może zostać podjęta decyzja o usunięciu dziecka z placówki wypoczynku. W takim wypadku rodzice lub prawny opiekun mają obowiązek odebrać Uczestnika na własny koszt w ciągu 24 godzin. Organizator nie zwraca pieniędzy za niewykorzystane dni pobytu w placówce.

Organizator nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz inne rzeczy zagubione przez uczestnika podczas pobytu, lub w środkach transportu oraz zniszczone przez innych uczestników. Organizator nie odpowiada za posiadane przez dziecko pieniądze, którymi on sam dysponuje i zabezpiecza przed kradzieżą.

W przypadku zachorowania dziecka, koszt leków zleconych przez lekarza pokrywa rodzic (opiekun), zgodnie z fakturą zakupu leków. Organizator zapewnia opiekę medyczną i apteczkę podręczną. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w celach związanych z organizacją turnusu w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka. Oświadczam, że przyjmuję powyższe warunki.

.....
(miejsce, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWA DZIECKA (np. na co jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje /stale lub czasowo/ leki – jakie? itp.)

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

Stwierdzam, że podałam(łem) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie jego pobytu w placówce wypoczynku. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....
(miejsce, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

(lub przedstawieniem książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

Szczepienia ochronne (podać rok)

tężec

blonica

inne

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis pielęgniarki)

V. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic/opiekun)

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

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć adresowa szkoły)

.....
(podpis wychowawcy klasy)