**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku **Multisportowe półkolonie z Bałtykiem 2022**

2.Adres **ul. Kazimierza Górskiego 10, 81-304 Gdynia**

3. Czas trwania wypoczynku od **\_\_\_\_.02.2022** do **\_\_\_\_.02.2022**

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

*(miejscowość, data) (podpis organizatora wypoczynku)*

***---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------***

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

1. Imię i nazwisko dziecka ....................................................................... 2. Data urodzenia .............................

3. Adres zamieszkania ............................................................................... Telefon ........................................

5. Nazwa i adres szkoły................................................................................ klasa...........................................

6. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku: ..............................................................

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

.............................................................................................................. telefon: .........................................

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

słownie .................................................................................................................................................zł.

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)*

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe 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 matki, ojca lub opiekuna prawnego)*

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH**

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepie**ń

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

inne ...........................................................

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)*

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY**

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

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

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

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego, wychowawcy)*

**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 kierownika wypoczynku)*

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na ..................................................................................................................................

............................................... (forma i adres miejsca wypoczynku) od dnia .................... do dnia .....................

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

*(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)*

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (dane o zachorowaniach, ewentualnych urazach, leczeniu itp.) ........................................................................................

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

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

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

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

*(miejscowość, data)* (*podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)*

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS**

**TRWANIA WYPOCZYNKU** .....................................................................................................................................

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

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

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

*(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)*

**Wyra**ż**am zgodę** **na przetwarzanie danych osobowych zawartych w cz**ęś**ci II, III, IV i VIII karty**

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca i opiekuna prawnego, wychowawcy)*

Szczegółowe informacje : [**polkolonie@baltykgdynia.pl**](mailto:polkolonie@baltykgdynia.pl)**, tel. 601 331 930,** [**www.baltykgdynia.pl**](http://www.baltykgdynia.pl)

**W związku z tym, iż dzieci otrzymają kamizelki odblaskowe, prosimy o zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniego rozmiaru.**

|  |  |
| --- | --- |
| 116 cm (6 lat) |  |
| 128 cm (7-8 lat) |  |
| 140 cm (9-11 lat) |  |
| 152 cm (12-13 lat) |  |
| 164 cm (14-15 lat) |  |
| Inny rozmiar: |  |

\* Dane do przelewów i sposób ich wypełniania: - SKS Bałtyk Gdynia ul. Olimpijska 5/9, 81-538 Gdynia,

mBank: 19 1140 2017 0000 4802 1287 3757 - Tytułem: Półkolonie, imię i nazwisko uczestnika, turnus.

\* Płatność za udział w półkoloniach należy uiścić albo poprzez jednorazową wpłatę albo w dwóch etapach:

I-dokonanie płatnej rezerwacji, II - dopłata do całości, przy czym:

A) rezerwacja w formie bezzwrotnej zaliczki w wysokości 100 zł jest gwarancją miejsca na turnusie,

B) płatność całkowita powinna nastąpić najpóźniej na 7 dni przed startem turnusu. Decyduje data wpływu na konto organizatora.

Całkowity koszt udziału w półkoloniach: **549 złotych.**

**Rabaty:**

- dla zawodników SKS Bałtyk Gdynia i zawodników Akademii Bałtyk Gdynia – 50 zł rabatu za udział w turnusie,

- dla uczestników więcej niż jednego turnusu - 40 zł rabatu za udział w każdym kolejnym turnusie,

- dla rodzeństwa - 50 zł rabatu za drugie i kolejne dziecko na turnusie,

Rabaty nie łączą się i nie sumują. Uczestnik wybiera jeden z rodzajów rabatów.

\* Płatność za udział w półkoloniach bonem turystycznym jest opłacana w całości lub rezerwacja w formie bezzwrotnej zaliczki przelewem w wysokości 100 zł (gwarancja miejsca na turnusie) resztę kwoty można rozliczyć bonem turystycznym.

**DANE DO ROZLICZENIA PŁATNOŚCI BONEM TURYSTYCZNYM:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA** | **NUMER KODU BONU (cyfry i litery po myślnikach)** | **NUMER TELEFONU NA KTÓRY BYŁ REJESTROWANY BON** | **KWOTA JAKA MA BYĆ ŚCIĄGNIĘTA Z BONU** |
|  |  |  |  |

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca i opiekuna prawnego)*

**Oświadczenie Rodzica COVID-19**

**Jako opiekun prawny oświadczam iż:**

1. Dziecko w dniu wyjazdu, nie jest w stanie infekcji oraz nie wykazuje objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną COVID 19 lub inną,

2. Dziecko nie zamieszkiwało z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miały kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem wypoczynku,

3. Dziecko jest przygotowane do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa związanych z zachowaniem dystansu społecznego (co najmniej 2 m) oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.

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

*(miejscowość, data) (podpis matki, ojca i opiekuna prawnego)*

* **Oświadczenie dotyczące COVID-19 proszę wysłać emailem dzień przed rozpoczęciem turnusu na adres polkolonie@baltykgdynia.pl lub dostarczyć wychowawcy w dniu rozpoczęcia wybranego turnusu.**