**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku: Obóz sportowy

2. Miejscowość: Pelplin

3. Adres: ul. Sambora 5a, 83-130 Pelplin

4. Czas trwania wypoczynku: 22-30.07.2022

5. Organizator: Pomorski Okręgowy Związek Koszykówki

6. Kontakt +48 696093052, [biuro@pozkosz.com](mailto:biuro@pozkosz.com)

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

1. Imię i nazwisko dziecka .....................................................................................................

2. Data urodzenia ..................................................................................................................

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

4. Telefon kontaktowy do opiekunów ..................................................................................

4. Nazwa i adres szkoły ...................................................................................... klasa .........

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości 800 zł

słownie siedemset złotych 00/100 zł. Forma płatności: PRZELEW / GOTÓWKA

Potrzebuję / nie potrzebuję faktury. Dane do Faktury:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |

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

(miejscowość, 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)

Specyficzne zalecanie żywieniowe (dieta bezglutenowa, weganizm, wegetarianizm):

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

Przyjmowane stałe leki:

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

Uczulenia na:

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

Mój syn/córka jest w pełni zaszczepiony na COVID: TAK | NIE | ODMAWIAM INFORMACJI

Oświadczam, że mój syn/córka, nie miałem w przeciągu ostatnich 14 dni kontaktu z osobą zarażoną wirusem SARS-CoV-2 lub osobą przebywającą na kwarantannie albo w izolacji oraz że ja ani nikt z najbliższych członków mojej rodziny lub osób mi najbliższych nie przejawia widocznych oznak choroby COVID-19 lub innej choroby zakaźnej. Nie został/ła także skierowany/a na kwarantannę lub izolację przez odpowiednie służby sanitarno-epidemiologiczne.

Jednocześnie w imieniu mojego syna/córki zobowiązuję się do: niezwłocznego poinformowania o istotnych zmianach w stanie mojego zdrowia, w szczególności o wystąpieniu objawów typowych dla COVID-19 lub o objęciu mnie kwarantanną; stosowania się do ograniczeń oraz zaleceń obowiązujących w związku z wprowadzonym i obowiązującym stanem epidemii, w szczególności do przestrzegania zasad sanitarnych na obiektach, w których odbywać się będą treningi; powiadomienia organizatora zgrupowania lub trenera w przypadku zaistnienia podstaw do zmiany w/w oświadczeń.

Jestem świadomy/a ryzyka związanego z udziałem mojego syna/córki w zgrupowaniu sportowym i zdaję sobie sprawę, że mimo wprowadzonych w trakcie trwania zgrupowania obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych może dojść do zakażenia COVID – 19 i co za tym idzie może zajść potrzeba odbycia kwarantanny.

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

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

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

(podpis uczestnika obozu)