

I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU DLA DZIECI :

1. Organizator: **Fundacja NOVO w Poznaniu**
2. Forma: Chrześcijański Obóz dla dzieci w wieku **8 – 12 lat**
3. Adres: **Ośrodek Wypoczynkowy , Marylin 15 gm. Drawsko**
4. Czas trwania obozu: **12.07 – 21.07.2026 r**
5. Koszt obozu: **2090,-**
6. Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
7. Kierownik obozu: Dorota Nowakowska, ul. Kuźnicza 10/6, 60-241 Poznań, tel. 502 042 629,
e-mail: dorota.nowakowska@fundacjanovo.pl

W nieprzekraczalnym terminie do dnia 10 czerwca 2026 r , należy wysłać kartę kwalifikacyjną na adres kierownika obozu oraz zadatek w wysokości 590,- z dopiskiem imię i nazwisko uczestnika , na konto PKO S.A. Nr 93 1240 1747 1111 0011 5039 6038 w terminie 14 dni od zgłoszenia

W przypadku rezygnacji nie z winny organizatora zadatek nie jest zwracany

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU:

1. Imię i nazwisko dziecka:
rozmiar koszulki:
2. Imiona i nazwiska rodziców:
3. Data urodzenia dziecka:
4. Adres zamieszkania dziecka:

Adres e-maili rodzica/prawnego opiekuna:

Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów: Ojciec, Matka
5. Adres rodziców / opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:
6. Zaliczkę w wysokości 590 PLN wpłacono dnia.....na konto PKO S.A. **Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 1500 PLN (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji lub przelewem do dnia 30 czerwca 2025 r.**
7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika obozu, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:
8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, 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, okulary...

-o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub kserokopia z książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)

tężec

błonica

dur.....inne

.....

oraz numer PESEL uczestnika wycieczki:

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

9. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone? (czy jest na specjalnej diecie)

10. Czy dziecko przyjmuje stałe leki? Jakie i w jakich dawkach?

11. Stan skóry , włosów...

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MOJEGO DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do organizacji i realizacji programu obozu, zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mojego dziecka uczestniczącego w wycieczce (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm., oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych)

2), informujemy, że administratorem danych przetwarzanych w związku z organizacją wycieczki „**STWORZENI, NIE ZAPROGRAMOWANI**” ” jest kierownik obozu-Dorota Nowakowska. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane na potrzeby zorganizowania i przeprowadzenia obozu. Każda osoba udostępniająca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

3) Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na publikację zdjęć mojego dziecka z pobytu na obozie na ulotkach reklamujących obozy, stronie www.fundacjanovo.pl i FB

Data: Podpis lekarza lub pielęgniarki lub rodzica / opiekuna:.....

(wypełnia organizator lub kierownik obozu)

III. DECYZJA ORGANIZATORA OBOZU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA OBOZU DO UDZIAŁU W OBOZIE

Postanawia się:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz;

- odmówić skierowania uczestnika na obóz ze względu

IV. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Uczestnik przebywał na obozie Chrześcijański dla dzieci w Marylinie 15 gm. Drawsko od dnia
..... godz.....do dnia
....., godz.

Marylin dnia Podpis kierownika obozu:

IV. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE (informacja o zachorowaniach , urazach, leczeniu)

.....
Miejscowość, Data: Podpis kierownika obozu

V. UWAGI WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU NA OBOZIE