

## WARUNKI UCZESTNICTWA NA OBOZIE MŁODZIEŻOWYM / ZIMOWISKU / KOLONII

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminu obozu, ośrodka gdzie jest organizowany obóz / zimowisko / kolonia oraz do poleceń wychowawców.
2. Uczestnik zobowiązany jest zabrać ze sobą (jeżeli posiada) kopie orzeczenia o niepełnosprawności.
3. Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za sprzęt elektroniczny, rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu oraz w środkach transportu.
4. W przypadku spożywania alkoholu, narkotyków, dopalaczy, przebywania pod ich wpływem lub poważnego naruszenia regulaminu turnusu, uczestnik zostanie wydalony z placówki na koszt własny (rodziców, opiekunów).
5. Uczestnik (lub jego rodzice, opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub pobytu na obozie.
6. Korzystanie z prywatnych telefonów komórkowych przez uczestników turnusu będzie możliwe jedynie w wyznaczonych godzinach.

Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki na obozie są mi znane.

.....  
podpis opiekuna

.....  
podpis uczestnika

Wyrażam zgodę na nieodwołane i nieodpłatne prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem moim/ mojego dziecka, uczestniczących w aktywnościach/ imprezach/ turnusach realizowanych/ współrealizowanych przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji działań Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą.

-koniecznie dołączyć ksero orzeczenia o niepełnosprawności



## KARTA KWALIFIKACYJNA OBOZU MŁODZIEŻOWEGO / ZIMOWISKA / KOLONII

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Rodzaj imprezy: Turnus rehabilitacyjny
2. Termin turnusu: 05.08.2018.-19.08.2018.
3. Adres ośrodka: Sanatorium FALA, 82-103 Stegna Gdańska, ul. Grunwaldzka 20

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ / ZIMOWISKO / KOLONIE /TURNUS REHABILITACYJNY

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość) .....
4. Nr PESEL dziecka .....
5. Nazwa i adres szkoły .....
6. Adres rodziców/ opiekunów parnych dziecka (w czasie pobytu dziecka na turnusie) .....
7. Kontakt do rodziców/ opiekunów prawnych dziecka:  
Telefon: .....  
Adres e-mail: .....

8. Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości: .....

Słownie ..... zł.

.....  
data

.....  
podpis

### III. INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)  
odra ..... ospa ..... różyczka ..... świnka ..... szkarlatyna .....  
żółtaczkazakażna ..... choroby reumatyczne ..... choroby nerek .....  
astma ..... padaczka ..... inne .....

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku: bóle głowy, brzucha, omdlenia  
niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, angina i inne  
.....  
.....

3. Dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe,  
inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka .....

4. Dziecko jest uczulone: tak / nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)  
.....  
.....

5. Dziecko nosi: okulary, aparat ortopedyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty .  
zażywa stale leki: jakie? .....

6. Jazdę samochodem znosi: dobrze / źle

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: .....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem/-am wszystkie znane mi informacje  
o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu  
dziecka na turnusie.

.....  
data

.....  
podpis opiekuna

### IV. Informacja o szczepieniach

1. Szczepienia ochronne (podać rok):  
tężec ..... błonica..... dur.....  
inne.....  
.....

.....  
data ..... podpis .....

### V. INFORMACJA o prowadzeniu cukrzycy u dziecka

1. Dawka korekty:  
- na dzień: 1,0 jednostka insuliny / ..... mg/ dl  
- na noc: 1,0 jednostka insuliny / ..... mg/dl

2. Przelicznik do posiłków:  
- śniadanie .....  
- II śniadanie .....  
- obiad .....  
- podwieczorek .....  
- kolacja .....

3. Czy stosuje bolus przedłużony WBT? TAK/ NIE

4. Czy samo zmienia wkłucie do pompy insulinowej? TAK/ NIE

5. Czy samodzielnie przelicza dawki insuliny do posiłku, na korekty? TAK/ NIE

INNE UWAGI:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
podpis opiekuna