

## SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN OBOZU SZKOLENIOWEGO

1. Każdy Uczestnik obozu szkoleniowego zobowiązany jest do przestrzegania niniejszego regulaminu.

2. Każdy Uczestnik ma obowiązek:

- brać udział we wszystkich zajęciach programowych o ile nie został zwolniony z tych zajęć przez wychowawcę, kierownika, pielęgniarkę lub lekarza.
- brać udział we wszystkich zajęciach programowych zgodnie z podziałem szkoleniowym przeprowadzonym przez wychowawców (instruktorów) i kierownika obozu szkoleniowego.
- punktualnie stawiać się na zajęciach i aktywnie w nich uczestniczyć.
- dbać o czystość i porządek oraz powierzone mienie w miejscu zakwaterowania i poza jego terenem.
- stosować się do wewnętrznych regulaminów zajęć prowadzonych przez instruktorów.
- stosować się do poleceń wychowawcy i kierownika obozu szkoleniowego.
- mieć szacunek do kolegów, wychowawców, innych osób starszych i samego siebie.
- przestrzegać zasad bezpieczeństwa, a w razie dostrzeżenia sytuacji stwarzającej zagrożenie dla życia i zdrowia innych, ma obowiązek natychmiast poinformować o tym wychowawcę.

3. Uczestnikowi obozu szkoleniowego nie wolno oddalać się od grupy oraz poza teren obozu szkoleniowego bez wiedzy wychowawcy.

4. *W trosce o jak najwyższą jakość wypoczynku oraz pełne zaangażowanie uczestników w program obozu szkoleniowego, informujemy, że w tym roku dzieci nie zabierają ze sobą telefonów komórkowych oraz zegarków typu Smartwatch i innych z funkcjami telefonowania.*

5. Uczestnikowi nie wolno zabierać na wyjazd (obóz szkoleniowego) sprzętu elektronicznego typu (laptopy, ipad, tablety itp.) – organizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne zabranie sprzętu i będą one zdeponowane na cały czas trwania obozu.

6. Na obozie szkoleniowym obowiązuje bezwzględny zakaz: picia alkoholu, palenia tytoniu oraz zażywania narkotyków.

7. Każdy Uczestnik ma prawo:

- brać udział we wszystkich zajęciach programowych
- do opieki zdrowotnej (pielęgniarka, lekarz, ratownik medyczny)
- zwracać się ze wszystkimi problemami do wychowawcy i kierownika obozu szkoleniowego
- do radosnego i bezpiecznego wypoczynku
- co drugi dzień telefonować w godzinach wolnych od zajęć programowych

**NIEPRZESTRZEGANIE REGULAMINU SPOWODUJE NASTĘPUJĄCE KONSEKWENCJE:**

1. Upomnienie przez opiekuna / kierownika.
2. Zakaz udziału w niektórych zajęciach programowych.
3. Nagana kierownika.
4. Powiadomienie rodziców (opiekunów) o nagannym zachowaniu.
5. Wydalenie z obozu szkoleniowego na koszt własny uczestnika i bez zwrotu kosztów za niewykorzystany czas pobytu

### OŚWIADCZENIE

(obowiązkowy podpis rodzica lub opiekuna oraz dziecka)

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z regulaminem obozu szkoleniowego i zobowiązuję moje dziecko do jego przestrzegania

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)

.....  
(podpis uczestnika)

Fizjo-Camp Paweł Kubicki



ul. Reymonta 2 Otwock 05-400

Tel. 505 503 163

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU:

1. Forma wypoczynku: Cicho Sza Fizjo Camp Rusza w Janowie Lubelskim 2026

2. Adres: Ośrodek Zoom Przygody/Emes ul. Turystyczna 10, Janów Lubelski

3. Czas trwania wypoczynku od: 27/06/2026-06/07/2026

29.03.2026 r.

(data)

.....

(podpis organizatora)

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA

PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU - (proszę o dokładne i czytelne wypełnienie wszystkich pkt.).

1. PESEL dziecka.....**KONIECZNY DO**

**UBEZPIECZENIA !!!**

2. Imię i Nazwisko dziecka:

.....

3. Data i miejsce urodzenia:

.....

4. Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość, telefon)

.....

5. Adres e-mail do rodzica/ów

(opiekuna/ów).....**B.WAŻNY!!!**

6. Nazwa i adres szkoły:

.....

7. Adres, telefon rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie szkoleniowym.....

.....

8. Czy dziecko posiada opinie, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub inne informację na temat dziecka przygotowane np. przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, psychologa, psychiatry (w tym stwierdzony Autyzm lub zespół Aspergera lub inne): **OBYWIAZKOWO TEGO TYPU INFORMACJĘ PRZEKAZANE PRZEZ RODZICA PLUS PRZEKAZANIE XERO NP. OPINII LUB ORZECZENIA KIEROWNIKOWI OBOZU !!!**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis rodziców/opiekunów)

**III. INFORMACJA RODZICÓW(OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA** (wypełniają rodzice/opiekunowie np: na co dziecko jest uczulone w tym pokarmowo, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje na stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, proszę także w tym punkcie zawrzeć sugestie co do zakwaterowania „z kim dziecko chce mieszkać i i.t.p ).

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

STWIERDZAM, ZE PODAŁAM/EM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKA W CZASIE TRAWANIA WYPOCZYNKU.

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH** (najczęściej wypełnia rodzic/opiekun ale może także lekarz pierwszego kontaktu lub dołączyć można do karty kwalifikacyjnej xero książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień).

Szczepienia ochronne podać rok;

tęzec..... błonica.....,  
dur....., inne.....

.....  
.....  
(data) (podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

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

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

.....  
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica opiekuna)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA** (wypełnia i podpisuje rodzic lub opiekun prawny biorąc pełną odpowiedzialność za aktualny stan zdrowia zgłaszanego uczestnika lub uczestniczki – właściwy punkt poniżej podkreślić widocznie i podpisać) **BARDZO WAŻNE!!!**

Postanawia się:

1. Zdrowy/a ( zdolny/a) może uczestniczyć w OBOZIE SZKOLENIOWY
2. Nie może uczestniczyć w OBOZIE SZKOLENIOWYM z przyczyn:.....

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

**VII. ZGODA RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE, BADANIE AMULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW. BARDZO WAŻNE!!!**

Niniejszym oświadczam że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia syna/córki przebywającego/ej na obozie szkoleniowym wyrażam zgodę na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych. Wyrażam zgodę na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu podczas pobytu dziecka na obozie.

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(miejsowość, data) (podpis rodziców lub opiekunów prawnych )

**VIII. Proszę OBOWIĄZAKOWO zapoznać się ze wszystkimi regulaminami obowiązującymi podczas obozu szkoleniowego oraz zobowiązuje się do przeczytania i zapoznania również z tymi regulaminami swoje dziecko lub dzieci biorące udział w wyjeździe**

- szczegółowy regulamin obozu szkoleniowego
- zasady higieny
- regulamin podróży
- regulamin kąpeli
- regulamin zajęć rekreacyjno-sportowych

**IX. Informujemy iż istnieje możliwość wykupienia dodatkowo płatnej polisy ubezpieczeniowej od rezygnacji imprezy turystycznej lub dodatkowo polisy NNW we własnym zakresie**

**X. Pozostałe obowiązkowe dokumenty obowiązujące podczas obozu szkoleniowego**

- warunki uczestnictwa
- umowa

**XI. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w całej karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnych dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.**

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