

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN OBOZU CICHOSZA

1. Każdy Uczestnik obozu CICHOSZA 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 one camp.
- 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 one camp.
- 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 SZICHOSZA nie wolno oddalać się od grupy oraz poza teren obozu szkoleniowego bez wiedzy wychowawcy.

4. Uczestnicy obozu nie zabierają telefonów komórkowych - kontakt telefoniczny z dziećmi tylko poprzez kierownika i wychowawców wypoczynku

5. Uczestnikowi nie wolno zabierać na wyjazd (CICHOSZA) 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 Cicho Sza
- 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 CICHOSZA 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: OBÓZ Cicho Sza Siedlisko Leluja Trwa z Fizjo-Camp

2. Adres: AGROTURYSTYKA Siedlisko Leluja ul. Wielgolas 25, Wielgolas

3. Czas trwania wypoczynku od: 13 LIPCA 2026 r. do 18 LIPCA 2026 r.

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 ONE CAMP.....

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

(podpis rodziców/opiekunów)

9. Wyrażam zgodę na poczęstunek mojego dziecka

- popcornem TAK [] NIE []

- gorącą czekoladą TAK [] NIE []

- watą cukrową TAK [] NIE []

.....(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 CICH O SZA
2. Nie może uczestniczyć w OBOZIE CICH O SZA 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 CICH O SZA 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 CICH SZA SIEDLISSKO LELUJA 2026 roku 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 dodatkowej polisy NNW we własnym zakresie

X. Pozostałe obowiązkowe dokumenty obowiązujące podczas obozu CICH O SZA

- 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)