



## Karta uczestnika zgrupowania sportowego

1. Termin i miejsce obozu sportowego.....

2. Dane uczestnika.....

imię i nazwisko

3. Data i miejsce urodzenia.....

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Adres zamieszkania .....

.....tel. ....

5. Adres e-mail.....

6. Imię i nazwisko matki/ opiekunki.....

Telefon: dom :.....kom.....praca.....

7. Imię i nazwisko ojca/ opiekuna.....

Telefon: dom :.....kom.....praca.....

8. Adres rodziców/ opiekunów w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku

.....  
.....

### OŚWIADCZENIE

#### O samodzielnym powrocie dziecka, które ukończyło 7 lat z miejsca zgrupowania sportowego do domu

Ja .....(imię i nazwisko) legitymujący/a się dowodem osobistym  
.....(seria i nr dowodu tożsamości) oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym dziecka  
.....(imię i nazwisko dziecka) i wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka z miejsca  
zgrupowania sportowego z SP34 Gdynia , ul. Cyłkowskiego 5 do domu w terminie:.....Równocześnie  
oświadczam, że po opuszczeniu półkolonii przez syna/córkę/podopiecznego przejmuję nad nim/nią bezpośrednią opiekę i w pełni  
odpowiadam za jego/jej bezpieczeństwo oraz sposób powrotu do domu.

#### OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

1. Oświadczam, że dziecko odebrane będzie przeze mnie osobiście. TAK / NIE

2. Oświadczam, że do odbioru dziecka upoważniam:

Panią/Pana.....

Zam.....Numer i seria dowodu osobistego.....

.....

data, podpis

**INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**A. CHOROBY PRZEWLEKŁE LUB INNE:** astma, padaczka, choroby reumatyczne choroby nerek, inne.....

**B. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY,** które występują u dziecka: omdlenia, częste bóle głowy, drgawki z utratą przytomności, zaburzenia równowagi, szybkie męczenie, wymioty, krwotoki z nosa, przewlekły lub uczuleniowy kaszel, bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne, inne:

**C. CZY W OSTATNIM ROKU DZIECKO BYŁO W SZPITALU?** TAK\_\_ NIE\_\_ (podać powód).....

**D. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ** ( podać nazwę leku, pokarmu, itp.).

**E. DZIECKO PRZYJMUJE NA STAŁE LEKI?** TAK\_\_ NIE\_\_ (podać nazwę leku i dawkowanie )

**F. CZY DZIECKO NOSI ?:** okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne

**G.** Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

**Inne mogące mieć znaczenie\*\*\*\*** ( należy wpisać ewentualne leki jakie bierze dziecko, dawkowanie i godziny podania leków)

**Oświadczam, że podałem(am) wszystkie informacje o stanie zdrowia dziecka zgodnie z prawdą i mogą one być wykorzystane w zapewnieniu prawidłowej opieki w czasie pobytu na obozie sportowym. W razie zagrożenia zdrowia lub życia zgadzam się na leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam zgodę na codzienny pomiar temperatury u mojego dziecka.**

.....  
miejsce i data

.....  
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna

## WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ

**1.** Wysyłając dziecko na zgrupowanie sportowe przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:

- a)** Uczestnik obozu zobowiązany jest stosować się do wszystkich regulaminów obowiązujących na obozie oraz poleceń kadry, w tym kierownika, trenerów i instruktorów.
- b)** Organizator nie ponosi odpowiedzialności za niepowierzone do przechowania pieniądze i rzeczy, w szczególności przedmioty elektroniki użytkowej.
- c)** Rodzice (opiekunowie) są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko i z tego tytułu przyjmują na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.
- d)** W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu lub rażącego postępowania Uczestnika, może zostać podjęta decyzja o usunięciu go z obozu i odwiezieniu do domu na koszt rodziców (opiekunów).

**2.** Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na obozie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

**3.** Potwierdzam zapoznanie się ze wszelkimi informacjami zawartymi w karcie, programie imprezy, ubezpieczeniu oraz ze szczegółowymi informacjami o imprezie i z treścią „Warunków Uczestnictwa”, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

**4.** Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów z wizerunkiem mojego dziecka w materiałach promocyjnych UKS OPTY W przypadku braku takiej zgody prosimy o skreślenie punktu.

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki ogólne imprezy turystycznej organizowanej przez **UKS OPTY** które stanowią integralną częścią niniejszej Umowy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo wglądu do tych danych oraz prawo ich poprawienia. Oświadczam, że wyrażam zgodę się na umieszczanie moich danych osobowych w bazie danych UKS OPTY oraz ich przetwarzanie zgodnie z treścią ustawy z dnia 25.05.2018R ( RODO). o ochronie danych osobowych, oraz publikowanie na stronie [www.uksopty.pl](http://www.uksopty.pl) i FB zdjęć z zgrupowania sportowego.

.....  
miejsce i data

.....  
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna

\*\* - niepotrzebne skreślić

\*\*\* - jeśli dziecko posiada aktualne badania z przychodni sportowej do d karty dołącza ksero

\*\*\*\*- proszę wpisać dawkowanie leków i inne dane mogąc mieć znaczenie i wpływające na zdrowie dziecka (na odwrocie)

## **Oświadczenie rodzica / prawnego opiekuna dotyczące zapoznania się z regulaminem zgrupowania sportowego, w terminie 11-15 stycznia 2021 roku**

Oświadczam, iż zapoznałem się z regulaminem zgrupowania sportowego i znane są mi wszystkie wytyczne, warunki uczestnictwa mojego dziecka, jego odpowiednie przygotowanie do zajęć sportowych w tym przygotowanie odpowiedniego stroju w zależności od rodzaju treningu (treningi w terenie, na świeżym powietrzu oraz sali judo)

.....  
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

## **Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na obozie sportowym UKS OPTY**

w dniach ..... \* Zimowe zgrupowanie w SP34 w Gdyni

\* w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun

Dane Uczestnika :

Nazwisko:..... ;

Imię:.....

Ja niżej, podpisany mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Zgrupowaniu, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez UKS OPTY oraz właścicieli \*UKS OPTY SP34 Gdynia, Ul. Cylkowskiego 5 ,81-465 Gdynia, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem *SARS-CoV-2*, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w Zgrupowaniu na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie Zgrupowania na terenie \* UKS OPTY SP34 Gdynia, Ul. Cylkowskiego 5 ,81-465 Gdynia , mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa *SARS-CoV-2*.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie ze Obozu sportowego

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zgrupowaniu oraz w budynkach i na terenie\* SP34 Gdynia, Ul. Cylkowskiego 5 , w załączeniu przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

**1. Czy ma Pani / Pan/dziecko jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?**

NIE

TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani /zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać występujące objawy:

..... , od kiedy ma Pani/Pan w/w objawy.....

**3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani / miał Pan/dziecko kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?**

NIE

TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani /zaznaczył Pan/dziecko odpowiedź TAK, to proszę wskazać, czy była Pani poddana / był Pan poddany testowi na obecność wirusa SARS-CoV-2 i jaki jest jego wynik

.....  
.....  
**4. Czy zdiagnozowano u Pani / Pana/dziecka przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?**

NIE

TAK

**5. Czy przebywa Pani / Pan/dziecko w obowiązkowej kwarantannie, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.)?**

NIE

TAK

**6. Czy dziecko choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg zakażenia, ?**

NIE

TAK

jeśli tak proszę podać jaką:.....

**7. Osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub do obiektu są zdrowe, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku.**

**8. Oświadczenie rodzica/opiekuna osoby niepełnoletniej**

Zobowiązują się do niezwłocznego – do 2 godzin – odbioru dziecka/podopiecznego z obozu sportowego w przypadku wystąpienia u ich dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych.

**Dzieci powinny być wyposażone w Maseczki ochronne lub przyłbice , oraz rękawiczki jednorazowe.**

.....  
(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza) (podpis zawodnika lub opiekuna prawnego)

*Ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną dotyczącą wirusa SARS-CoV-2 zaleca się, aby podczas przebywania w budynkach i na terenach przeznaczonych do korzystania podczas zgrupowania:*

- *unikać podawania rąk na powitanie,*
- *nie dotykać dłońmi okolic twarzy zwłaszcza ust, nosa i oczu (nie pocierać!),*
- *zachować bezpieczną odległość (2m) od innych osób,*
- *jeśli to możliwe – unikać rozmów blisko „twarzą w twarz”,*
- *regularnie i dokładnie myć ręce wodą z mydłem lub zdezynfekować je środkiem na bazie alkoholu,*
- *stosować zasady ochrony podczas kichania i kaszlu – podczas kichania i kaszlu należy zakryć usta oraz nos zgiętym łokciem lub chusteczką. Potem należy jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza, umyć ręce używając mydła i wody lub zdezynfekować je środkiem na bazie alkoholu (min. 60%). Zakrycie ust oraz nosa podczas kichania i kaszlu zapobiega rozprzestrzenianiu się zarazków, w tym wirusów. Jeśli nie przestrzega się tej zasady można łatwo zanieczyścić przedmioty i powierzchnie lub przenieść wirusa na dłoniach, np. przy powitaniu osoby,*