



KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU / PARTICIPANT'S QUALIFICATION CARD
FAIR PLAY DANCE CAMP 2021, 9-19.08.2021, Al. Jana Pawła II 82, 31-579 Kraków

INSTRUKCJA:

Prosimy o uzupełnienie karty DRUKOWANYMI literami. Skan/zdjęcie karty należy przesłać najpóźniej 30. czerwca 2021 na adres info@fpdancecamp.com, a oryginalny dokument wręczyć przypisanemu opiekunowi pierwszego dnia obozu. Niepełnoletni, którzy mają być zakwaterowani z osobami tej samej płci lub z osobami pełnoletnimi mają obowiązek dostarczyć najpóźniej 30. czerwca 2021 odpowiednią zgodę rodzica lub potwierdzenie rezygnacji z opieki.

READ THIS FIRST:

Please complete the card in CAPITAL letters. Scan/photo of the document should be sent no later than June 30, 2021 at info@fpdancecamp.com and the original document must be given to the assigned camp tutor at the first day of camp.

Minors who are to be accommodated with a roommate of the same sex or with an adult person, must provide no later than June 30th, 2020, the relevant Parent's consent or confirmed resignation of care.

I Informacje dotyczące wypoczynku / Information about holiday

FORMA WYPOCZYNKU/ FORM OF THE HOLIDAY Kolonia Zimowisko Obóz / Camp Biwak Pótkolonia Inna forma

TERMIN WYPOCZYNKU / DATE OF HOLIDAY **9-19.08.2021**

MIEJSCE WYPOCZYNKU / PLACE OF HOLIDAY: **Al. Jana Pawła II 82, 31-579 Kraków**

.....
miejsowość i data / place and date

.....
podpis organizatora / organizer signature

II Informacje dotyczące uczestnika wypoczynku / Information about the participant

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PARTICIPANT'S FIRST & LAST NAME		DATA URODZENIA DATE OF BIRTH:	
ADRES / ADDRESS:		PESEL COUNTRY:	
IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PARENTS'/ GUARDIANS' NAMES			
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW PARENTS' ADDRESS			
NR TELEFONU RODZICÓW / OPIEKUNÓW PARENTS'/GUARDIANS' PHONE NUMBERS			
NR DOWODU OSOBISTEGO RODZICA /OPIEKUNA PARENTS'/GUARDIANS' ID DOCUMENT NO.			
INFORMACJE OGÓLNE O UCZESTNIKU / GENERAL INFORMATION ABOUT THE PARTICIPANT			
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA / INFORMATION ABOUT PARTICIPANT'S HEALTH			
Dolegliwości lub objawy ostatnio występujące u dziecka (np. omdlenia, częste bóle głowy, częste wymioty, krwotoki z nosa, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów) / Afflictions or symptoms seen recently (f.e.fainting, frequent headaches, nosebleeds, shortness of breath attacks, frequent abdominal pain)			
Choroby przewlekłe (astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby serca, nerek lub inne)/ Chronic diseases (asthma, epilepsy, rheumatism, heart or kidney diseases)			
Czy dziecko jest uczulone lub nie może stosować określonych leków (proszę podać nazwę pokarmu, leku itp.)? Podane informacje służyć będą jako wskazówka przy udzielaniu pomocy. Organizator nie zapewnia oddzielnej diety na stołówce/ Does the child have any allergies or can't use certain drugs (please indicate the name of the food, medicine etc.)? Information will be used as a guide in case of providing help. The organizer does not provide a separate diet in the canteen.			
Czy dziecko przyjmuje stale leki (proszę podać lek i dawkę)? / Does the child takes medicine regularly (please specify the drug and the dose)?			



Czy dziecko nosi: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny lub inne? / Does the child wear glasses, contact lenses, braces or other?	
Czy dziecko umie pływać? / Does the child know how to swim?	<input type="checkbox"/> TAK/YES <input type="checkbox"/> NIE/ NO
Czy wyrażasz zgodę na korzystanie dziecka ze strzeżonego kąpieliska? / Do you allow the child to use our guarded swimming pool?	<input type="checkbox"/> TAK/YES <input type="checkbox"/> NIE/ NO
Przebyte choroby zakaźne (proszę podać rok) / Past diseases: <input type="checkbox"/> ODRA / MEASLES: <input type="checkbox"/> OSPA / SMALLPOX: <input type="checkbox"/> RÓŻYCZKA / RUBELLA : <input type="checkbox"/> ŚWINKA/MUMPS: <input type="checkbox"/> INNE / OTHER:	
Szczepienia ochronne / Vaccinations: <input type="checkbox"/> TĘŻĘC / TETANUS: <input type="checkbox"/> BŁONNICA/ DIPHTERIA <input type="checkbox"/> DUR/ TYPHOID <input type="checkbox"/> INNE / OTHERS:	
INNE SPECJALNE POTRZEBY / OTHER SPECIAL NEEDS	

Oświadczenia rodzica / opiekuna:

- Oświadczam, że zapoznałam/em się i w pełni akceptuję program obozu, Warunki Uczestnictwa w Fair Play Dance Camp oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka na wyżej wymieniony obóz i jego udział we wszystkich zajęciach ruchowych i programowych. Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do uczestniczenia dziecka w intensywnych ćwiczeniach fizycznych.
- Stwierdzam że podałam/em w niniejszej karcie obozowej wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.
- Przyjmuję do wiadomości i akceptuję że:
 - uczestników obozu obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania, spożywania, i używania tytoniu, alkoholu, narkotyków i środków odurzających,
 - w przypadku naruszenia Warunków Uczestnictwa, może zostać podjęta decyzja o usunięciu uczestnika z obozu i odwiezienie do domu na koszt rodziców/opiekunów,
 - rodzice/opiekunowie są odpowiedzialni materialnie za szkody wyrządzone przez dziecko.
- W przypadku podejrzenia uczestnika o spożywanie alkoholu lub narkotyków, wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania alkomatem lub testami narkotykowymi przez kadrę obozową.
- W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje i podawanie leków.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku.

Parent's/Guardian's statements:

- I declare that I have read and fully accept the programme of the Camp, Terms and Conditions of Participation in the Fair Play Dance Camp and General Insurance Conditions.
- I consent to my child's participation in Fair Play Dance Camp including all movement activities and other events included in the camp's programme. I declare that there are no medical contraindications to the child's participation in intense physical exercises.
- I declare that in this card I gave all known to me information, that can help to provide my child a proper care.
- I've been informed and I accept that:
 - Camp Participants are not allowed to have and consume any alcohol, tobacco or drugs.
 - In case of breaking camp's Terms and Conditions participant can be expelled from the camp and transported back home on parents cost.
 - Parents/Guardians are responsible for the cost of any damages made by a child.
- In case of any suspicions that the child might have consumed alcohol or drugs, I consent to alcohol / drug test to be carried by camp's staff.
- In the event of danger to the child's health or life, I agree to his/hers hospital treatment, diagnostic procedures, operations and administration of medications.
- I consent to the processing of personal data contained in this qualification card in the extent necessary for the safety and health of the child.

.....
miejsowość i data / place and date

.....
podpis rodziców / parents/guardians' signature

DECYZJA ORGANIZATORA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA / ORGANIZER'S DECISION TO CLASSIFY THE PARTICIPANT
POTWIERDZENIE UDZIAŁU ORAZ INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W TRAKCIE POBYTU / CONFIRMATION OF THE STAY AND INFORMATION ABOUT THE STATE OF HEALTH OF THE CHILD DURING STAY
SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY/INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS WYPOCZYNKU/TUTOR'S OBSERVATIONS ABOUT THE CHILD DURING THE CAMP