

KARTA UCZESTNICTWA W WARSZTATACH MARYNISTYCZNYCH

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer PESEL
4. Adres zamieszkania
5. Numer paszportu/dowodu osobistego
6. Tel. kontaktowy
7. E-mail

WARUNKI UCZESTNICTWA W WARSZTATACH MARYNISTYCZNYCH

1. Uczestnikiem warsztatów marynistycznych może zostać osoba pełnoletnia lub osoba powyżej 14 roku życia po przedłożeniu pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych
2. Uczestnik warsztatów marynistycznych (w przypadku osoby niepełnoletniej jej rodzic/opiekun prawny) wypełnia ankietę dotyczącą swego stanu zdrowia. W przypadku wątpliwości odnośnie do własnego stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej Uczestnik ma obowiązek zasięgnąć opinii lekarza co do możliwości uczestnictwa w zajęciach na wodzie.
3. Uczestnik przyjmujący leki stale lub okresowo w trakcie obozu jest zobowiązany zgłosić ten fakt organizatorowi i poinformować o charakterze stosowanych medykamentów. Informacja ta umożliwi poprawną reakcję w ewentualnych nagłych przypadkach.
4. Uczestnik ma obowiązek w pełni podporządkować się decyzjom i poleceniom organizatora wypoczynku.
5. Ze względów bezpieczeństwa Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania całkowitego zakazu spożywania na jachtach i na terenie ośrodka alkoholu i środków odurzających.
6. W przypadku złamania przez Uczestnika zasad określonych w pkt. 4. i 5. bądź w przypadku stwarzania przez Uczestnika zagrożenia dla bezpieczeństwa na wodzie, jak i w ośrodku organizator ma prawo do zastosowania środków mających na celu przywrócenie bezpieczeństwa. Jest to równoznaczne z koniecznością opuszczenia ośrodka przez Uczestnika. Wszystkie koszty pobytu Uczestnika za granicą i powrotu do kraju ponosi on sam, a w przypadku osoby nieletniej jej rodzice/opiekunowie prawni.
7. Uczestnik odpowiada za szkody wyrządzone w wyniku własnych działań w czasie trwania obozu. Uczestnik jest zobowiązany do pokrycia kosztów naprawy szkody w miejscu jej powstania, a w razie braku możliwości w terminie 2 tygodni od otrzymania rachunku.
8. Odpowiedzialność za zachowanie osoby nieletniej i wyrządzone przez nią szkody ponoszą jej rodzice/opiekunowie prawni.

ZGODA NA UCZESTNICTWO W WARSZTATACH MARYNISTYCZNYCH OSOBY NIELETNIEJ

Imię i nazwisko

(rodzic lub prawny opiekun)

Adres

Telefon

Dowód tożsamości

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego(ej) syna/córki
w warsztatach marynistycznych organizowanych przez CSpŻ. Jednocześnie przyjmuję na siebie całą
odpowiedzialność prawną z tego wynikającą

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Organizator wycieczki dokłada wszelkich starań, by zapewnić bezpieczeństwo wszystkim osobom na obozie. Chcemy, aby uczestnicy obozu byli świadomi konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje własne bezpieczeństwo. Twój zły stan zdrowia to ryzyko nie tylko dla Ciebie, ale również dla innych załogantów podczas żeglugi. Niniejsze oświadczenie ma pomóc w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w razie wypadku. Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety, jednocześnie zapewniamy, że poniższe dane nie będą wykorzystywane w innych celach, aniżeli zapewnienie bezpieczeństwa Uczestnikowi obozu.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Czy cierpisz na cukrzycę lub epilepsję? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy masz problemy z sercem? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy masz problemy z oddychaniem? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy przeszedłeś przeszczep narządu wewnętrznego? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy jesteś w ciąży? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy cierpisz na jakąkolwiek inną przypadłość, o której powinniśmy wiedzieć? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy przyjmujesz stale leki? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

Jakie?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Czy ze względów zdrowotnych jesteś na diecie? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|---|------------------------------|------------------------------|

Jakiej?

Jeśli odpowiedziałeś „Tak” na którekolwiek z pytań, poproś swojego lekarza o wypełnienie oświadczenia znajdującego się na końcu dokumentu.

Jeśli przyjmujesz leki, przed podróżą upewnij się, że posiadasz zapas wystarczający na cały wyjazd. Poprzez podpisanie tego oświadczenia deklarujesz, że jesteś świadom konsekwencji, jakie mogą wynikać z zatajenia informacji o stanie zdrowia, łącznie z utratą ubezpieczenia.

.....
(imię i nazwisko Uczestnika)

.....
(data, podpis Uczestnika lub rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczenie lekarza

(dotyczy osób, które odpowiedziały „tak” na którekolwiek z pytań)

Zaświadczam, że jest zdolny do uprawiania

(imię, nazwisko, data urodzenia)

żeglarstwa i może uczestniczyć w zajęciach na wodzie w terminie

.....
Data, podpis lekarza