

WARUNKI UCZESTNICTWA

1. Uczestnik obozu zobowiązany jest przestrzegać regulamin obozu oraz stosować się do poleceń sterników prowadzących jacht.
2. Uczestnik obozu zobowiązany jest zabrać ze sobą odpowiedni dowód tożsamości; młodzież szkolna aktualną legitymację szkolną.
3. W przypadku spożywania narkotyków, alkoholu, innych używek oraz przebywania pod jego wpływem oraz poważnego naruszenia reguł obozu, uczestnik zostanie odprawiony na koszt własny (rodziców lub opiekunów).
4. Uczestnik (lub jego rodzice – opiekunowie) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez niego podczas podróży lub w czasie obozu.
5. Uczestnik powinien zaopatrzyć się w niezbędny ekwipunek (**ŚPIWÓR**, ubrania, obuwie i rzeczy osobiste).
6. Uczestnik z chorobą przewlekłą musi posiadać własne leki. Sposób dawkowania leków, podpisany przez rodzica, powinien być załączony do Karty Uczestnictwa.

Ja niżej podpisany oświadczam, że warunki uczestnictwa w obozie są mi znane.

.....
podpis uczestnika obozu

Wyrażam zgodę na uczestnictwo syna/córki w szkoleniowym stacjonarnym żeglarskim obozie OLSZTYN 2020 w dniach
Zapoznałam/em się z regulaminem rejsu.

.....
podpis rodziców - opiekunów

KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIOWEGO OBOZU WĘDROWNEGO MAZURY 2020

organizowanego przez SKYSAIL
ul. Dworcowa 77 lok.13 , 10 – 437 Olsztyn



skysail
www.skysail.pl

Nr konta: 79 1750 0012 0000 0000 3236 2052

TERMIN

IMIĘ:

NAZWISKO:

IMIĘ OJCA:

DATA URODZENIA:

PESEL.....

Nr legit. szkolnej.....

MIEJSCE URODZENIA:

ADRES:

ULICA:

KOD POCZTOWY: -

MIEJSCOWOŚĆ:

TEL. UCZESTNIKA.....

TEL. RODZICÓW:

Email Rodzica.....

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka¹): omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne:

.....
.....

2. Przebyte choroby¹(podać w którym roku): zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca, padaczka, inne choroby

.....

3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: Tak - Nie¹), podać powód

.....

4. Na jakie pokarmy i leki lub inne alergenów dziecko jest uczulone:

.....

.....

5. Czy dziecko otrzymało surowicę ? (jaką, kiedy):

.....

6. Czy dziecko pali papierosy?: Tak - Nie¹)

7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

.....

.....

.....

.....

•
1
•
•
•

* niepotrzebne skreślić

Stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie jego pobytu na rejsie. W razie zagrożenia życia dziecka, zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....
(miejsce, data)

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

Uczestnik rejsu lub jego prawny opiekun wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych i statystycznych, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. F, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, w ramach prawnie usprawiedliwionego interesu Administratora
2. Wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających mój wizerunek zarejestrowanych podczas rejsu organizowanego przez SKYSAIL na stronie internetowej, profilach internetowych zarządzanych przez SKYSAIL.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 roku), informujemy, iż:

3. Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Eventowo Turystyczne SKYSAIL sp. z o.o. z siedzibą w Olsztynie, ul. Dworcowa 77/13
4. Wszelkie pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych oraz zakresu przysługujących Pani/ Panu uprawnień, prosimy kierować na adres: biuro@skysail.pl
5. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie art.6 ust.1 lit. b, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
6. Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskiwania danych osobowych oraz zewnętrzne biuro rachunkowe.
7. Pani/ Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat,
8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

.....
(miejsce, data)

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