

**ZAŁĄCZNIK DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ NA OBÓZ  
Analog Astronaut Training Center .....2024 r.**

**DANE DO SZYBKIEGO KONTAKTU:**

1. Imię i nazwisko dziecka: .....

2. Telefon do szybkiej komunikacji:

Matka/Opiekun Dziecka: tel. ....

Ojciec/Opiekun Dziecka: tel. ....

**OŚWIADCZENIA I ZGODY RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH:**

1. *Stwierdzam, że podałam (em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku.*
2. *Oświadczam, że moje dziecko oraz osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym nie mają objawów zakażenia chorobami zakaźnymi oraz nie przebywają na obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.*
3. *Oświadczam, że zdaję sobie sprawę, że mimo podjęcia przez organizatora odpowiednich środków bezpieczeństwa i działania w oparciu o wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego, nadal istnieje możliwość zakażenia chorobami zakaźnymi podczas obozu.*
4. *Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko będzie stwarzać zagrożenie dla siebie i innych nie podporządkowując się poleceniom trenerów, nie będzie mogło uczestniczyć w dalszej części obozu i zostanie przeze mnie odebrane niezwłocznie po przekazaniu mi tej informacji przez kierownika obozu.*
5. *Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje Dziecko przejawiać będzie niepokojące objawy chorobowe, zostanie odizolowane w odrębnym pomieszczeniu. Zobowiązuję się w takiej sytuacji odebrać moje Dziecko w trybie pilnym (do 12 godzin), po otrzymaniu informacji telefonicznej od kierownika obozu.*
6. *Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się chorobami zakaźnymi: mojego dziecka, mnie, moich domowników, trenerów i innych dzieci na obozie.*
7. *Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego.*

Miejscowość: .....

Data: .....

( podpis Ojca/ prawnego opiekuna)

( podpis Matki/ prawnej opiekunki)