

Karta Uczestnika Zgrupowania (dla rodziców)

Informacje ogólne

Grupa- pływanie KWM

Organizator	KWM. Pomorska Federacja Sportu. POZP
Cel zgrupowania	Przygotowanie do sezonu
Termin, miejscowość	16-23.02.2019r.
Adres zakwaterowania	Ośrodek Przygotowań Olimpijskich Wałcz Al. Zdobywców Wału Pomorskiego 99
Adres wyżywienia	j/w
Obiekty sportowe	j/w
Trenerzy	Michał Rząsa UKS Dwójka Morena Gdańsk Tel. 533013423 Dmytro Nazarenko Tri Team Rumia Tel. 794144509 Rząsa Piotr z ramienia organizatora 503112654

Przyjazd i powrót ze zgrupowania we własnym zakresie, ew. transport autokarem, jeśli będzie duże zapotrzebowanie.

Przyjazd w dniu 16.02 w godz .14-14.30 - recepcja hotelu. Zaczynamy treningiem popołudniowym

Dzieci mają zapewnione 3 posiłki dziennie wszystkie jako „szwedzki stół” i dodatkowo wodę.

Odbiór dzieci w dniu 23.02 w godzinach 13.00-14.00

Program obozu obejmuje

- Trening w wodzie w wymiarze 2x dziennie
- Trening ogólnorozwojowy w terenie
- Trening na hali

Wyposażenie uczestnika

- Ubiór sportowy do ćwiczeń w terenie i na sali i treningu w wodzie (czepki obowiązkowe)
- Przybory pływackie (kto ma rurki to też zabiera)

Uczestnik musi posiadać ze sobą:

- Legitymację szkolną
- Badania lekarskie sportowca
- Zgodę rodziców

Odwiedziny

Jeżeli planowane są odwiedziny dziecka przez osoby z dalszej rodziny lub inne to musicie Państwo przekazać opiekunom pisemną zgodę z informacją kto i kiedy ma odwiedzić dziecko oraz przekazać dane osoby które będzie można zweryfikować.

Opłata za zgrupowanie 640zł

Płatne przelewem na konto POZP z dopiskiem- KWM Wałcz

imię i nazwisko dziecka

Bank Millenium SA 83 1160 2202 0000 0002 5285 4933 do dnia 10.02.2019r.

Zawodnicy bez aktualnych badań, oraz zgody rodziców nie będą przyjmowani na zgrupowanie.

Ubezpieczenie uczestników- w ramach ubezpieczenia KWM

Dane o dziecku

(dla organizatora i opiekuna)

Nazwisko i imię

Tel. kontaktowy

Informacje o stanie zdrowia dziecka . Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

W wypadkach zagrożenia zdrowia lub życia dziecka wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, ambulatoryjne, diagnostykę medyczną oraz ew. operację.

(proszę wpisać wraz z podpisami opiekunów)

_____ podpis

_____ podpis

Badania lekarskie

Karta zdrowia sportowca – badania ważne do _____

Deklaracja pokrycia kosztów

Zobowiązujemy się pokryć koszty zgrupowania-**640 zł. do dnia 10.02** na konto POZP oraz koszty ewentualnych szkód na rzecz ośrodka zawinionych przez nasze dziecko.

_____ podpis

_____ podpis

ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZGRUPOWANIU

Zapoznaliśmy się z treścią dokumentu i wyrażamy zgodę na udział naszego dziecka w zgrupowaniu sportowym w Wałczu w dniach 16-23.02.2019r.

Przejazdy pod opieką: _____

_____ Nazwisko i imię ojca

_____ Nazwisko i imię matki

_____ podpis

_____ podpis

ew. opiekun prawny

Nazwisko i imię podpis