



## KARTA ZGŁOSZENIA NA TURNUS REHABILITACYJNY USPRAWNIAJĄCO – REKREACYJNY „TECZOWA DOLINA 2024”

TERMIN: **14.07.2024 – 27.07.2024**

ORGANIZATOR: **REGIONALNA FUNDACJA POMOCY NIEWIDOMYM**

MIEJSCE REALIZACJI: **SPECJALNY OŚRODEK SZKOLNO – WYCHOWAWCZY  
W ZIEMIĘCICACH UL. MIKULCZYCKA 120  
42-675 ZIEMIĘCICE**

### I. Zgłoszenie uczestnictwa

Zgłaszam chęć uczestnictwa dziecka w turnusie rehabilitacyjnym usprawniająco - rekreacyjnym „TECZOWA DOLINA 2024” w terminie 14.07.2023 – 27.07.2024.

### II. Dane uczestnika:

|                                                          |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko dziecka                                  |                                                                                                                                                    |
| Data urodzenia                                           | dd-mc-rok                                                                                                                                          |
| Pesel                                                    |                                                                                                                                                    |
| Adres zamieszkania                                       |                                                                                                                                                    |
| Deklaracja pobytu                                        | <input type="checkbox"/> Z WYŻYWIENIEM I NOCLEGIEM<br><input type="checkbox"/> BEZ WYŻYWIENIA I BEZ NOCLEGU                                        |
| Stopień i rodzaj niepełnosprawności:                     |                                                                                                                                                    |
| • dysfunkcja narządu ruchu<br>(porusza się samodzielnie) | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| • dysfunkcja narządu ruchu<br>(porusza się na wózku)     | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| • dysfunkcja narządu słuchu                              | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| • dysfunkcja narządu wzroku                              | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| • niepełnosprawność intelektualna                        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| • padaczka                                               | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                       |
| Rodzaj dofinansowania:                                   | <input type="checkbox"/> PFRON<br><input type="checkbox"/> PCPR<br><input type="checkbox"/> INNE (jakie)<br><input type="checkbox"/> NIE KORZYSTAM |



Orzeczenie o niepełnosprawności  
ważne do:

dd-mc-rok

### III. Dane rodziców/opiekunów prawnych

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko matki/opiekuna<br>prawnego |  |
| Imię i nazwisko ojca/opiekuna<br>prawnego  |  |
| Adres zamieszkania                         |  |
| Numer telefonu, adres mailowy              |  |

### IV. Dane osoby towarzyszącej w ramach turnusu:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Imię i nazwisko               |  |
| Pesel                         |  |
| Adres zamieszkania            |  |
| Numer telefonu, adres mailowy |  |

### V. Zasady uczestnictwa

Turnus jest organizowany dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów, obejmuje 14 dni zajęć zorganizowanych według harmonogramu, noclegi, wyżywienie i inne atrakcje.

#### UCZESTNIK TURNUSU MA PRAWO DO:

- korzystania z obiektu w zakresie ustalonym z organizatorem;
- korzystania z opieki medycznej w uzasadnionych przypadkach;
- udziału we wszystkich zaplanowanych zajęciach ujętych w programie w miarę dyspozycji psychofizycznej;
- udziału w zajęciach integracyjnych organizowanych w ramach turnusu;
- wyrażania swoich poglądów oraz zwracania się ze wszystkimi problemami do prowadzących zajęcia, kierownika i organizatorów turnusu.

#### UCZESTNIK TURNUSU MA OBOWIĄZEK

- przestrzegania zasad uczestnictwa w turnusie oraz stosowania się do poleceń prowadzących zajęcia, kierownika i organizatorów;
- udziału we wszystkich zaplanowanych zajęciach, o ile pozwala na to stan psychofizyczny;
- punktualnego stawiania się na zajęciach i aktywnego uczestnictwa w nich;
- przestrzegania regulaminów porządkowych obiektów, w których będą odbywać się zajęcia;
- przestrzegania zakazu spożywania alkoholu, palenia papierosów oraz stosowania innych używek na terenie obiektu;
- dbania o czystość i porządek w miejscu odbywania się zajęć i w miejscu noclegów;
- odnoszenia się z szacunkiem do innych uczestników turnusu oraz prowadzących zajęcia;
- informowania organizatorów, prowadzących o złym samopoczuciu i ewentualnych problemach zdrowotnych.



#### RODZIC/OPIEKUN PRAWNY NIEPEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA

- zapoznał się z zasadami uczestnictwa i ofertą turnusu umieszczoną na stronie internetowej [www.sosw.rfpn.org](http://www.sosw.rfpn.org)
- przekazał je niepełnoletniemu uczestnikowi
- ponosi odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez uczestnika
- przygotowuje i przekazuje organizatorom wszystkie informacje dotyczące uczestnika, które pomogą zapewnić właściwą opiekę podczas turnusu
- wyraża zgodę na udział uczestnika w proponowanych zajęciach

#### ORGANIZATOR

- zobowiązuje się do realizacji programu turnusu, zachowując prawo do zmian w harmonogramie zajęć;
- w przypadku braku możliwości realizacji, zapewni podobne elementy programu;
- zobowiązuje się zadbać o zdrowie uczestników, zapewniając wykwalifikowaną opiekę i specjalistów;

#### **VI. ZASADY PŁATNOŚCI oraz kwalifikacji dziecka na turnus**

- O kwalifikacji dziecka na turnus decyduje organizator po analizie złożonej karty zgłoszenia wraz z kopią orzeczenia o niepełnosprawności oraz karty kwalifikacyjnej.
- Należy złożyć kartę zgłoszenia na turnus w terminie do 20.05.2024r.
- Opłata turnusu obejmuje uczestnika turnusu (dziecko) oraz jednego opiekuna.
- Po zakwalifikowaniu wszyscy uczestnicy turnusu kwaterowani są w jednym ośrodku w wyznaczonych pokojach przez kierownika turnusu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, nagranie i robienie zdjęć mojemu dziecku oraz obecność osób trzecich podczas zajęć
- Opiekun dziecka samodzielnie stara się o dofinansowanie ze środków PFRON we właściwym dla miejsca zamieszkania oddziale PFRON lub PCPR. Informacje dotyczące turnusu umieszczane będą na stronie internetowej [www.sosw.rfpn.org](http://www.sosw.rfpn.org)
- Koszt turnusu: pobyt stacjonarny **6450 zł** (zajęcia zgodnie z harmonogramem, noclegi i wyżywienie), pobyt niestacjonarny **5300 zł** (zajęcia zgodnie z harmonogramem). Płatności należy dokonać do 05.07.2024 na numer konta organizatora: Regionalna Fundacja Pomocy Niewidomym w Chorzowie **79 1050 1243 1000 0090 8061 0760 ( ING Bank Śląski S.A. ) z dopiskiem Turnus rehabilitacyjny imię i nazwisko dziecka.**

Zapoznałem się i akceptuję zasady uczestnictwa turnusie. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów pobytu uczestnika zgodnie z powyższymi zasadami płatności.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**WAŻNE!** W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia uczestnika ☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** / ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** na leczenie, wykonanie niezbędnych zabiegów diagnostycznych i w razie konieczności zabiegów operacyjnych.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej na potrzeby niezbędne do realizacji procesu kwalifikacji do uczestnictwa w turnusie (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

.....  
(data podpis rodziców/opiekuna prawnego)