

KARTA ZGŁOSZENIA NA TURNUS TERAPEUTYCZNY

W ramach „Wielkopolskiego programu badawczo-rozwojowy w zakresie diagnostyki, rehabilitacji medycznej terapii, opieki i edukacji dla dzieci i młodzieży ze Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych (FASD), ich rodziców /opiekunów, a także dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem od alkoholu, wynikającym ze złych wzorców funkcjonowania środowiska rodzinnego.”

Dom Wczasów Dziecięcych w Starej Łubiance

I. Dane Dziecka

1. Imię i Nazwisko:
2. Pesel:
3. Data i miejsce urodzenia:
4. Adres zamieszkania:

II. Dane Opiekuna

1. Imię i Nazwisko:
2. Pesel:
3. Adres zamieszkania:
4. Telefon kontaktowy:
5. E-mail:

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Wybieram:

Turnus Terapeutyczny w terminie*:

.....

Diagnoza w kierunku FAS podczas turnusu

TAK

NIE

*terminy podane w harmonogramie turnusów

Rodzaj pokoju:

Pokój dwuosobowy

Pokój trzyosobowy

Pokój czterosobowy

Ilość osób przyjeżdżających do Domu Wczasów Dziecięcych:

- Dorosłych:
- Dzieci: w tym biorących udział w turnusie:

Ilość osób korzystających z posiłków (śniadanie, obiad, podwieczorek i kolacja):

- Dorosłych:
- Dzieci:

Oświadczam, że nie będę zgłaszał roszczeń z tytułu niedopuszczenia mnie do uczestnictwa w turnusie terapeutycznym w przypadku.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią niniejszej karty zgłoszenia i zgadzam się na zaproponowane mi warunki.

Fundacja Medycyna i Sztuka informuje iż ujawnione w niniejszej karcie dane osobowe przetwarzane będą w celu dokonania zgłoszenia na turnus terapeutyczny na podstawie przesłanki wskazanej w art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.)

Dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt. 6 ww. ustawy. Dane podaje Pani/Pan dobrowolnie, jednak bez ich podania nie jest możliwe zrealizowanie wskazanego celu. Przysługuje Pani/Panu prawo do kontroli ujawnionych danych, prawo dostępu do ich treści oraz ich poprawiania.

.....

Data i miejsce

.....

Czytelny podpis

Ważne informacje

1. Warunki uczestnictwa

- z pobytu korzystać mogą dzieci powyżej 3 roku życia do 18 roku życia
- z podejrzeniem lub z diagnozowanym FAS/FASD, a także dzieci i młodzież zagrożona uzależnieniem od alkoholu
- osoby do 18 roku życia muszą przyjeżdżać wraz z opiekunem
- sprawność ruchowa osoby biorącej udział w turnusie

2. Kwalifikacja do turnusu i warunki płatności

- Potwierdzeniem rezerwacji jest wpłata 10% zaliczki, w terminie 7 dni od daty otrzymania karty zgłoszenia udziału.
- **Wpłatę należy uiścić na rzecz WSCEiT w Starej Łubiance, Dom Wczasów Dziecięcych, ul. Kościuszkowców 2a, 64-932 Stara Łubianka na rachunek bankowy o numerze 83 1020 3844 0000 1302 0116 9770 w tytule przelewu należy wpisać zaliczka na turnus z podaniem terminu turnusu**
Pozostałą kwotę należy uiścić najdalej 7 dni przed rozpoczęciem turnusu.
- W przypadku braku wpłaty zastrzegamy sobie prawo do anulacji rezerwacji.
- Dokumentem potwierdzającym wpłatę zaliczki jest rachunek wystawiany przez Organizatora najpóźniej do 7 dni od otrzymania wpłaty. Prosimy o podanie danych do rachunku w przypadku, gdy są one inne niż dane osoby zgłaszającej.
- Prosimy o podpisanie i odesłanie karty zgłoszenia udziału oraz warunków uczestnictwa, pocztą na adres Organizatora, lub mailem na adres turnusy.fasd@fmis.org.pl
- Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania turnusu rehabilitacyjnego z przyczyn niezależnych od Organizatora.

3. Rezygnacja z turnusu

- Organizator potrąca 100% dokonanej wpłaty jeżeli rezygnacja nastąpiła w okresie krótszym niż 10 dni od daty rozpoczęcia turnusu.
- Rezygnacja z przyczyn losowych jest rozpatrywana indywidualnie.

4. Przeciwwskazania

- Ostre choroby infekcyjne przebiegające z gorączką.
- Choroby zakaźne w trakcie aktywności klinicznej, ostrej i przewlekłej (nosicielstwo nie jest przeciwwskazaniem).
- Poważne uszkodzenie narządu ruchu uniemożliwiające poruszanie się.

.....
Data i miejsce

.....
Czytelny podpis