# 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

1. **Dane Dziecka**
	1. Imię i Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………
	2. Pesel: …………………………………………………………………………………………………………………………
	3. Data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………………………..
	4. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………..

# 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 czteroosobowy 

**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 nie spełnienia lub naruszenia warunków regulaminu.**

**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.
1. 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.
2. Przeciwskazania
	* Ostre choroby infekcyjne przebiegające z gorączką.
	* Choroby zakaźne w trakcie aktywności klinicznej, ostrej i przewlekłej (nosicielstwo nie jest przeciwskazaniem).
	* Poważne uszkodzenie narządu ruchu uniemożliwiające poruszanie się.

………………………………………………………… ……………………………………………………………… Data i miejsce Czytelny podpis