

# Karta zgłoszenia na Obóz Hipoterapeutyczno-Rehabilitacyjny w CHOCHOŁOWIE 2016r.

**Termin:** 16– 28 sierpnia 2016 r. (w tym 11 dni zabiegowych, pierwszy w dniu przyjazdu)

**Zakwaterowanie:** Ośrodek Szkolno – Wypoczynkowy "Na Kamieńcu" – filia MDK „Dom Harcerza”. 34-513 Chochołów k/Zakopanego. Zakwaterowanie w domkach (brak dostosowania dla osób niepełnosprawnych). Każdy posiada 4 pokoje (1,2,3,5 osobowe), łazienkę, lodówkę, czajnik.

**Koszty:** (brak możliwości dofinansowania ze środków PFRON)

**Uczestnik :** 1 610 zł.; **Uczestnik 1/2 wyżywienia:** 1 395 zł; **Uczestnik bez wyżywienia:** 1 235 zł

**Opiekun:** 800zł

**Dziecko towarzyszące:** 820zł ; **Dziecko towarzyszące 1/2 wyżywienia :** 610 zł.

**Zaliczka:** 300,00 zł uczestnik i 100 zł każde dziecko towarzyszące płatna **do 20.maja.2016r.**

Pełnych wpłat prosimy dokonać **do 31.07.2016 r.**

**Konto :** 86 1020 2906 0000 1302 0356 7609

tytuł przelewu: obóz hipoterapii + imię nazwisko uczestnika

Wpłat można też dokonać w sekretariacie MDK „DH”, ul Reymonta 18.

**EWENTUALNE RACHUNKI WYSTAWIANE SĄ W ROKU, W KTÓRYM ZOSTAŁA DOKONANA WPLATA**

**Wymagana dokumentacja kwalifikacyjna na obóz (poza kartą zgłoszenia):**

1. informacja o stanie zdrowia (z podpisem lekarza specjalisty (neurologa lub rehabilitacji)),
2. wniosek na turnus rehabilitacyjny (z podpisem lekarza specjalisty (neurologa lub rehabilitacji)),
3. karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku oraz dzieci towarzyszących.

Składanie dokumentacji W BIURZE ORIRK „TABUN”, **do 15 czerwca 2016** adres: ul. Kosmowskiej 12a, Kraków. Telefon: 12 623-82-37, 12 623-80-62.; [www.tabun.com.pl](http://www.tabun.com.pl)

• **Spotkanie rodziców:** 04.06.2016 r. godz. 14.00 w ORIRK „Tabun” ul. Kosmowskiej 12, Kraków.

• **Kierownik:** mgr Natasza Odziemczyk tel.669-47-47-47

-----  
**Imię i nazwisko dziecka** .....

**Adres z kodem** .....

**Numer PESEL** ..... **Data urodzenia** .....

**telefon:** ..... **adres mail rodziców:** .....

**Zgłaszam udział mojego dziecka na obozie hipoterapeutyczno – rehabilitacyjnym w Chochołowie.**

**Równocześnie zobowiązuję się przestrzegać wszystkich terminów i ustaleń organizatora.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i nieodpłatne wykorzystanie wizerunku dziecka dla potrzeb statutowych organizatora (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz.U.2014, poz.1182).**

**Kraków, dnia .....**

.....  
**podpis rodziców /opiekunów/**

\_\_\_\_\_