**OBÓZ SZKOLENIOWY DZIECI I MŁODZIEŻY**

**"Uniwersytet PZSzach - SYPNIEWO 2018"**

**16-23.09.2018 r.**

**1. Organizatorzy:**

* Polski Związek Szachowy.
* Chess-Lifers Mateusz Dubiński
* Akademia Mistrzostwa Szachowego Marcin Tazbir

**2. Cele:**

* Profesjonalny trening szachowy juniorów w wieku 8-18 lat, którzy nie kwalifikują się do Młodzieżowej Akademii Szachowej.
* Podniesienie poziomu rywalizacji na Mistrzostwach Polski Juniorów w różnych kategoriach wiekowych.

**3. Termin i miejsce:**

Obóz odbędzie się w **Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjnym ACTIV**

**w Sypniewie k/Jastrowia, ul. Mickiewicza 1c (**[www.centrumactiv.pl](http://www.centrumactiv.pl)**)**

**w terminie 16-23.09.2018r.**

**4. Warunki uczestnictwa:**

* Terminowe zgłoszenie drogą mailową (mail podany poniżej) najpóźniej do poniedziałku 20.08.2018r. W temacie maila należy wpisać:

**Uniwersytet PZSzach / wrzesień 2018 / Imię i Nazwisko Uczestnika**

* Opłacenie całości kwoty najpóźniej do poniedziałku 27.08.2018r. na konto bankowe Polskiego Związku Szachowego nr:

34 1060 0076 0000 3200 0071 8184

W tytule przelewu należy wpisać:

**Uniwersytet PZSzach / wrzesień 2018 / Imię i Nazwisko Uczestnika**

Potwierdzenie przelewu należy wysłać na adres mailowy podany poniżej.

* Dostarczenie wypełnionej karty kwalifikacyjnej oraz innych dokumentów (zostaną wysłane po zgłoszeniu) na adres e-mail:

**chesslifers@gmail.com**

**5. Koszty**

* Całkowity koszt obozu to **1749 zł brutto**.
* Dla osób, które dokonają płatności do poniedziałku 20.08.2018r. (decyduje data zaksięgowania na rachunku bankowym).

obowiązuje **cena promocyjna 1649 zł brutto (rabat 100zł)**.

* Cena nie obejmuje kosztów dojazdu uczestnika na obóz oraz powrotu z obozu.

**6. Uczestnicy obozu:**

* W obozie mogą uczestniczyć juniorzy urodzeni w latach 2000 – 2010, posiadający obywatelstwo polskie oraz co najmniej III kategorię szachową (lub II kobiecą)
* Liczba miejsc ograniczona (40 osób) – decyduje data opłacenia kosztów obozu.

**7. Charakterystyka zajęć:**

Uczestnicy obozu zostaną podzieleni na 6-8 osobowe grupy według kryterium umiejętności (ranking/kategoria lub tytuł) oraz wieku. W trakcie obozu każdy będzie uczestniczył łącznie w 40 godzinach zajęć szachowych, prowadzonych przez trenerów z tytułem co najmniej mistrza FIDE (FM).

Oprócz zajęć szachowych, codziennie będą odbywać się zajęcia sportowo-rekreacyjne pod okiem profesjonalnego trenera sportowego. Są one obowiązkowe, chyba że uczestnik przedłoży zwolnienie lekarskie.

W trakcie obozu zaplanowano atrakcje w postaci turnieju szachów błyskawicznych z nagrodami oraz ogniska zamiast jednej kolacji (w zależności od pogody).

**8. Program dnia**

* 7:00 - Pobudka
* 7:10-7:40 - Zaprawa poranna
* 8:00-8:45 - Śniadanie
* 9:00-12:15 - Zajęcia szachowe (w tym przerwa 15 minut)
* 12:30-14:45 - Zajęcia sportowe
* 15:00-15:30 - Obiad
* 15:30-16:00 - Przerwa (czas wolny)
* 16:00-19:15 - Zajęcia szachowe
* 19:20-19:45 - Kolacja
* 20:00-21:15 - Konsultacje indywidualne / sport
* 22:00-7:00 - Cisza nocna

**9. Ustalenia końcowe:**

Każdy uczestnik jest zobowiązany mieć ze sobą w trakcie obozu:

* legitymację szkolną lub inny dokument tożsamości
* strój sportowy oraz buty sportowe o jasnej podeszwie,
* strój kąpielowy i czepek,
* notatnik i długopis,
* przybory toaletowe.

**10. Inne:**

* Dla dzieci młodszych istnieje możliwość pobytu razem z opiekunem na warunkach indywidualnie ustalonych z organizatorem.
* W przypadku rezygnacji z obozu po opłaceniu czesnego, Organizator zwraca czesne na rachunek bankowy, z którego nastąpił przelew, potrącając 15% od wpłaconej kwoty.
* Ubezpieczenie NNW w cenie szkolenia.
* Kierownik obozu: Mateusz Dubiński (tel. 508 650 154).
* Preferowany kontakt mailowy (chesslifers@gmail.com).

Załącznik nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| Polski Związek Szachowy | KARTA KWALIFIKACYJNA  ****Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne ACTIV****  ****w Sypniewie k/Jastrowia, ul. Mickiewicza 1c**** |

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.**

1. Nazwa oferty: **Obóz szkoleniowy dzieci i młodzieży "Uniwersytet PZSzach- Sypniewo 2018"**

**2**. Forma placówki wypoczynku:

****Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne "ACTIV"**,**

1. Miejsce placówki : **Sypniewie k/Jastrowia, ul. Mickiewicza 1c**

**4**. Czas trwania **16-23.09.2018r.**

**II. WNIOSEK RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ**

1. Imię i nazwisko dziecka …..............................................................................
2. Data urodzenia.............................................................................................
3. Adres zamieszkania …............................................................................................................................................................................................................................................
4. Nazwa i adres szkoły …............................................................................................................................................................................................................................................
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka …............................................................................................................................................................................................................................................

1. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka na obozie ….......................................................................................................................................................... telefon kontaktowy.......................................................
2. Pesel dziecka ….............................................................................................

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., (Dz.U z 2018 roku poz. 1000).

...................................................... …................................................

(miejscowość , data) (podpis rodzica)

###### III. ZAMÓWIENIA I POZOSTAŁE INFORMACJE

Oświadczam, że:

 rezygnuję z wystawienia rachunku

 zamawiam wystawienie rachunku

Proszę o wystawienie rachunku dla:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(dokładna nazwa nabywcy, adres: kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lok., NIP)

**IV. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA** i szczególnych potrzebach / zaleceniach (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEGO WYBORU ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW** **DLA MOJEGO DZIECKA**.

...................................................... …................................................

(miejscowość , data) (podpis rodzica)