

*Regulamin praktyki zawodowej na statku „Dar Młodzieży” w okresie od
27.09.2016 do 25.10.2016*

Prawa i obowiązki uczestników :

1. Praktykant zobowiązany jest do zapoznania się z dokumentem „Regulamin i przepisy BHP statku szkoleniowego „Dar Młodzieży”” oraz jego bezwzględne przestrzeganie.
2. Praktykant zobowiązany jest do zapoznania się z schematem olinowania statku szkoleniowego „Dar Młodzieży”.
3. Zachowanie podczas podróży pociągiem.
 - a. Bezwzględnie słucham i wykonuję polecenia opiekunów.
 - b. Nie zmieniam raz zajętego miejsca.
 - c. Nie śmieję, nie wychylam się przez okno.
 - d. Nie przeszkadzam (głośne rozmowy, krzyki, śmiech) innym pasażerom w spokojnej podróży.
 - e. Zgłaszam opiekunom wszelkie dolegliwości – nudności, wymioty, bóle głowy itp.
 - f. Wsiadam i wysiadam spokojnie, bez popychania się.
4. Podczas praktyki obowiązuje bezwzględny zakaz posiadania i używania substancji psychoaktywnych: alkohol; opiaty (opium, morfina, heroina, metadon); kanabinoły (marihuana, haszysz); amfetamina kokaina i inne substancje psychostymulujące; substancje halucynogenne; lotne rozpuszczalniki dopalacze i inne.
5. Należy informować opiekunów o wszelkich dolegliwościach.
6. Nie należy narażać siebie i innych na niebezpieczeństwo.
7. Odpowiadam za wyrządzone szkody materialne oraz moralne i ponoszę koszty ich usunięcia.
8. W przypadku wydalenia praktykanta przez kapitana statku za rażące lub uporczywe naruszenie regulaminu praktyki zawodowej praktykant zobowiązany jest do zwrotu kosztów poniesionych przez szkołę na organizację jego praktyki.

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem oraz informatorem praktyki zawodowej na statku „Dar Młodzieży” w okresie od 27.09.2016 do 25.10.2016, który otrzymałam/łem i akceptuję jego wszystkie zapisy. Wszelkie sprawy dotyczące przeciwwskazań zdrowotnych zobowiązuję się do przekazania opiekunowi praktykantów. Wyrażam/-y zgodę na leczenie szpitalne i diagnostyczne w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.

.....

data i miejsce

.....

czytelny podpis praktykanta

.....

data i miejsce

.....

czytelny podpis rodziców (prawnych opiekunów)