



Wypełnia organizator

Klasa:

Samodzielny dojazd:

Samodzielny wyjazd:

Liceum Ogólnokształcące Zakonu Pijarów
im. ks. Stanisława Konarskiego w Krakowie
ul. Akacyjowa 5, 31-466 Kraków
tel.: 12 412 33 63, 12 413 43 83, fax: 12 412 03 22

KARTA KWALIFIKACYJNA

UCZESTNIKA OBOZU
INTEGRA PLUS

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Dane teleadresowe placówki: **Dom Wczasowy MARZENA**, Rabka – Ponice, 129a Rabka Zdrój
tel. stacjonarny: 18 26 85 158.

1. Czas trwania rekolekcyjowakacji: **26.06-1.07.2021 r.**

Koszt: **650 zł**

Wpłaty na konto: Kolegium Zakonu Pijarów, ul. Akacyjowa 5, 31-466 Kraków

Numer: **25 1600 1013 1846 1965 9000 0002**

Z dopiskiem: INTEGRA PLUS 2021, Imię i nazwisko uczestnika,

Proszę zwrócić uwagę, że nie jest to konto Liceum, na które wpłacane jest czesne.

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA WYJAZD

1. PESEL uczestnika _ _ _ _ _

2. Imię i nazwisko uczestnika

Data urodzenia nr tel. uczestnika

3. Adres zamieszkania i kod pocztowy:

4. Numery telefonów do rodziców (opiekunów)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.)

DIETA:

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC
W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna

IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

Lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonica, dur

Inne

.....
(Miejscowość)

.....
(Data)

.....
(Podpis pielęgniarki)

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

(Miejscowość)

.....
(Data)

.....
(Podpis lekarza-pielegniarki placówki wypoczynku)

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem „Integry plus”. Zobowiązuję się od jego przestrzegania oraz do uczestniczenia we wszystkich zajęciach proponowanych przez organizatorów. Akceptuję również religijny charakter wyjazdu.

.....
(Miejscowość)

.....
(Data)

.....
(Podpis uczestnika)

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wyjeździe „Integra plus” organizowanym przez LOZP, odbywających się w terminie 26.06-1.07.2021 r w Rabce Zdrój.

- a) Informuję, że zapoznałem/am się z regulaminem i harmonogramem wyjazdu oraz zobowiązuję się zapoznać i przestrzegać wytycznych GIS, MZ i MEN dotyczących wypoczynku dzieci i młodzieży, obowiązujących w trakcie trwania obozu.
- b) Biorę odpowiedzialność finansową za szkody spowodowane przez moje dziecko, wynikające z nieprzestrzegania regulaminu.
- c) Stwierdzam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na jego udział w obozie, a w razie wypadku lub choroby podczas pobytu wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne i przejazd prywatnym środkiem transportu do ośrodka zdrowia.
- d) Zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).
- e) Biorę odpowiedzialność za dojeżdżenie dziecka na miejsce zbiórki i jego powrót do domu.
- f) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych na potrzeby wyjazdu.

Oświadczenie, w przypadku samodzielnego dojazdu/powrotu z wyjazdu

Oświadczam, że dziecko, na moją odpowiedzialność, samodzielnie dojedzie/zostanie dowiezione
(niepotrzebne skreślić) na „Integrę plus” w dniu

Oświadczam, że dziecko, na moją odpowiedzialność, samodzielnie powróci do domu/zostanie odebrane
(niepotrzebne skreślić) przez Pana/Panią legitymującego/cą
się dowodem osobistym (seria i numer dowodu)
w dniu

(Miejscowość)

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)