



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 (ZWROT DO 31 LIPCA) UCZESTNIKA REKOLEKCYJOWAKACJI

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA REKOLEKCYJOWAKACJI

1. Adres placówki: **Dom wczasowy MARZENA, Rabka – Ponice 129a, 34-700 Rabka Zdrój**
2. Czas trwania rekolekcyjowakacji: **24– 29.08.2021r**
3. Koszt: **670zł (200zł zaliczka do 15 lipca + 470 zł do 10 sierpnia)**  
Wpłaty na konto: Kolegium Zakonu Pijarów, ul. Akacyjowa 5, 31-466 Kraków  
Numer: **25 1600 1013 1846 1965 9000 0002**  
Z dopiskiem: Imię i nazwisko **uczestnika**. Rekolekcyjowakacje 2021  
**Proszę zwrócić uwagę, że nie jest to konto Liceum.**

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA REKOLEKCYJOWAKACJE

1. Imię i nazwisko uczestnika.....
2. Data urodzenia ..... nr tel. uczestnika.....
3. PESEL uczestnika.....; e-mail .....
4. Adres zamieszkania i kod pocztowy:.....  
.....
5. 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)*

