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

**KARTA KWALIFIKACYJNA (ZWROT DO 10 SIERPNIA)**

UCZESTNIKA OBOZU INTEGRACYJNEGO

### I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU INTEGRACYJNEGO

* 1. Adres placówki: **Dom wczasowy MARZENA, Rabka – Ponice 129a, 34-700 Rabka Zdrój**
  2. Czas trwania obozu integracyjnego: **21– 26. 08. 2023 r**
  3. Koszt**: 870 zł (do 7 sierpnia)**  
     Wpłaty na konto: Kolegium Zakonu Pijarów, ul. Akacjowa 5, 31-466 Kraków  
     Numer: **25 1600 1013 1846 1965 9000 0002**  
     Z dopiskiem**:** Imię i nazwisko **uczestnika**. Wyjazd Integracyjny 2023 **Proszę zwrócić uwagę na to, że nie jest to konto Liceum.**

### II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE NA OBÓZ INTEGRACYJNY

Imię i nazwisko uczestnika .........................................................................Data urodzenia uczestnika .............................................

Tel. uczestnika .................................................................. PESEL uczestnika…………………………………..............................................

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) ……………....................................................................……….……………………………….

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

Tel. kom. ojca .......................................................................................Tel. kom. matki .................................................................................

Adres zamieszkania 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**: .....................................................................................................................................................................................................

### IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ LUB RODZCÓW (OPIEKUNÓW) Lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

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

Inne.............…..….......................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………  *(Miejscowość)* | …………………………..  *(Data)* | ………………………………………..  *(Podpis pielęgniarki)* |

### V. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE INTEGRACYJNYM (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………  *(Miejscowość)* | …………………………..  *(Data)* | ………………………………………..  *(Podpis lekarza-pielęgniarki  placówki wypoczynku)* |

### VI. DEKLARACJA UCZESTNIKA OBOZU INTEGRACYJNEGO

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem obozu integracyjnego, organizowanych przez LOZP. Akceptuję ich religijny charakter, zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu oraz uczestniczenia   
we wszystkich zajęciach proponowanych przez organizatorów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………  *(Miejscowość)* | …………………………..  *(Data)* | ………………………………………..  *(Podpis uczestnika)* |

### VII. ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA NA UDZIAŁ W OBOZIE INTEGRACYJNYM

Ja, niżej podpisana/ny, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w obozie integracyjnym, organizowanych przez LOZP, odbywającym się w terminie 21-26. 08. 2023 r., w Rabce - Ponicach.

* Informuję, że zapoznałem/am się z regulaminem i harmonogramem wyjazdu oraz zobowiązuję się zapoznać i przestrzegać wytycznych GIS, MZ i MEiN dotyczących wypoczynku dzieci i młodzieży, obowiązujących w trakcie trwania obozu.
* Biorę odpowiedzialność finansową za szkody spowodowane przez moje dziecko, wynikające z nieprzestrzegania regulaminu.
* 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.
* Zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).
* Biorę odpowiedzialność za dojście dziecka na miejsce zbiórki i jego powrót do domu.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych na potrzeby wyjazdu. Ich administratorem jest organizator obozu.

### VII. OŚWIADCZENIE W PRZYPADKU SAMODZIELNEGO DOJAZDU/POWROTU Z WYJAZDU

Oświadczam, że dziecko, na moją odpowiedzialność, samodzielnie dojedzie/zostanie dowiezione (*niepotrzebne skreślić*) na obóz integracyjny w dniu ……….………..

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

**STWIERDZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………  *(Miejscowość)* | …………………………..  *(Data)* | ………………………………………..  *(Podpis rodzica/prawnego opiekuna)* |