



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 7 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: **23-27.08.2026 r.**
3. Koszt: **1000 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 2026
Proszę zwrócić uwagę na to, że nie jest to konto Liceum.

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

Imię i nazwisko uczestnikaData urodzenia uczestnika
Tel. uczestnika PESEL uczestnika
Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów)
.....
Tel. kom. ojcaTel. 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 PIEŁĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ LUB RODZICÓW (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, organizowanym przez LOZP, odbywającym się w terminie 23-27. 08. 2026 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 dojeżdżenie 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)