



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 2 SIERPANIA) 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: **20-24.08.2024 r.**
3. Koszt: **870 zł (do 2 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 2024  
**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 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, organizowanych przez LOZP, odbywającym się w terminie 20-24. 08. 2024 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 dojazd dziecka na miejsce zbiórki i jego powrót do domu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych na potrzeby wyjazdu. Ich administratorem jest organizator obozu.

## VIII. 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 MNIĘ POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE**

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis rodzica/prawnego opiekuna)