**V. DEKLARACJA UCZESTNIKA**

Uczestnicząc w Obozie Integracyjnym zobowiązuję się:

a) przestrzegać **Regulaminu wycieczek szkolnych** oraz dostosować się do regulaminów obowiązujących w odwiedzanych obiektach,

b) zachowywać zasady bhp, bezpieczeństwa przeciwpożarowego, poruszania się po drogach, transportu zbiorowego,

c) wykonywać polecenia opiekunów, nie oddalać się od grupy, informować opiekunów o jakichkolwiek sytuacjach niebezpiecznych mogących zagrażać życiu lub zdrowiu uczestników, zgłaszać objawy złego samopoczucia,

d) dbać o czystość i porządek w miejscach, w których się przebywa
i zachować się w sposób kulturalny,

e) uczestniczyć we wszystkich punktach programu,

f) akceptuję religijny charakter wyjazdu.

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

 *(miejscowość, data) (podpis* ***uczestnika****)*

**VI. POTWIERDZENIE KIEROWNIKA O POBYCIE UCZESTNIKA**

**ORAZ INFORMACJA O STANIE** **ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU**

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

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

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

 *(miejscowość, data) (podpis kierownika)*

**VII. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O UCZESTNIKU**

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

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

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

 *(miejscowość, data) (podpis wychowawcy)*

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**Obóz integracyjny 2024/2025**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres placówki | **Ośrodek Wczasowy ROMA****Chomiąża Szlachecka 8****88- 410 Gąsawa****www.** **roma.paluki.pl** |
| Czas trwania | **3-6 września 2024 r.** |
| Koszt pobytu i przejazdu |  **650zł** |

Wpłaty za uczestnictwo na konto nr

**73 1440 1387 0000 0000 1102 3948** (PKO B.P.)

W tytule wpłaty proszę podać:

 **klasę** (**1aLO**-**1bLO**-**1cLO**) oraz **imię i nazwisko** **uczestnika**.

Przyjęcie karty zgłoszeniowej i wpłaty jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem uczestnika na Obóz Integracyjny.

**II. DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię uczestnika |  | Klasa |
| Nazwisko uczestnika |  | **1……LO** |
| Data urodzenia uczestnika |  |
| PESEL uczestnika |  |
| Tel. uczestnika |  |
| Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) |  |
| Tel. kom. ojca (opiekuna) |  |
| Tel. kom. matki (opiekuna) |  |
| Adres zamieszkania rodziców (opiekunów) |  |

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

|  |
| --- |
| **- O STANIE ZDROWIA DZIECKA**(np. na co dziecko jest uczulone, czy wymaga stosowania diety, jak znosi jazdę samochodem, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itd.; czy przechodzi jakieś choroby lub ostatnio występowały jakieś dolegliwości, które mogą utrudniać wzięcie udziału w różnych aktywnościach): |
|  |
| - O PRZYJMOWANYCH **DORAŹNIE** LEKACH |
| Nazwa leku | Dawkowanie |
|  |  |
| - O PRZYJMOWANYCH **NA STAŁE** LEKACH |
| Nazwa leku | Dawkowanie |
|  |  |

**IV. ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) NA UDZIAŁ W WYJEŹDZIE**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w **Obozie Integracyjnym**, organizowanym przez Zespół Szkół Zakonu Pijarów im św. Józefa Kalasancjusza w Poznaniu.

a) Stwierdzam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na jego udział
w wydarzeniu, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o stanie jego zdrowia, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki, a w razie wypadku lub choroby podczas wydarzenia wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne, przeprowadzenie badań i ewentualny przejazd prywatnym środkiem transportu do punktu opieki medycznej.

b) Biorę odpowiedzialność za dojście dziecka na miejsce zbiórki i zakończenia wyjazdu (**Parking przy szkole**) i jego samodzielny powrót do domu.

c) Biorę odpowiedzialność finansową za szkody spowodowane przez moje dziecko, wynikające z niestosowania się do regulaminów.

d) Wyrażam zgodę \ Nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych w ramach wyjazdu oraz prac przez niego wykonanych (np. na stronie internetowej Organizatora).

e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych na potrzeby wyjazdu. Zgodnie z RODO ich administratorem jest Organizator wyjazdu – kontakt: zszppoznan@gmail.com

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

 *(miejscowość, data) (podpis* ***rodzica lub opiekuna****)*