

**VII. INFORMACJA O OSOBOWOŚCI UCZESTNIKA:** *prosimy określić charakter uczestnika, jego dotychczasowy sposób angażowania się w grupę / klasę oraz wymienić mocne strony, talenty, tak, byśmy na początek coś wiedzieli o osobowości ucznia ☺.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ W CZASIE OBOZU** (dane o chorobach, urazach, leczeniu itp. Wypełnia lekarz lub pielęgniarka podczas obozu)

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ (miejscowość, data) \_\_\_\_\_ (podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki)

**Adnotacja organizatora o przekazanej Rodzicom informacji o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY- INSTRUKTORA O UCZESTNIKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ (miejscowość, data)

\_\_\_\_\_ (podpis wychowawcy-instruktora)

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU INTEGRACYJNEGO

## **I. INFORMACJE ORGANIZATORA O WYPOCZYNKU**

1. FORMA WYPOCZYNKU:  
Obóz integracyjny dla uczniów klas pierwszych  
Publicznego Liceum Ogólnokształcącego Zakonu Pijarów  
im. św. Józefa Kalasancjusza w Poznaniu
2. ORGANIZATOR WYPOCZYNKU: Publiczne LO Zakonu Pijarów  
im. św. Józefa Kalasancjusza w Poznaniu  
Os. Jana III Sobieskiego 114, 60-688 Poznań;  
tel. 061 823 40 41, mail: ZSZPPOZAN@GMAIL.COM
3. KIEROWNIK OBOZU: o. Piotr Jałako SchP
4. ADRES OŚRODKA: Ośrodek Wczasowy Roma  
88-410 Chomiąża Szlachecka 8, tel. 694 943 672
5. CZAS TRWANIA OBOZU: 23.08.2021 – 27.08.2021

## **II. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE UCZNIĄ NA WYPOCZYNEK:**

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: \_\_\_\_\_

2. DATA I MIEJSCE URODZENIA: \_\_\_\_\_

3. NUMER PESEL: \_\_\_\_\_

4. ADRES ZAMIESZKANIA: \_\_\_\_\_

KOD POCZTOWY \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TEL.DOMOWY: \_\_\_\_\_

5. NAZWA I ADRES SZKOŁY: Publiczne Liceum Ogólnokształcące Zakonu Pijarów im. św. Józefa Kalasancjusza w Poznaniu KLASA 1 \_\_\_\_\_ LO

6. ADRES RODZICÓW /OPIEKUNÓW PODCZAS WYPOCZYNKU DZIECKA:

(JEŚLI BĘDZIE INNY NIŻ PODANY JAKO ADRES ZAMIESZKANIA): \_\_\_\_\_

TELEFONY KONTAKTOWE: DO OJCA \_\_\_\_\_

DO MATKI \_\_\_\_\_

DO UCZESTNIKA \_\_\_\_\_

