

ZW 89 /2019

**Oddziały Powiatowe  
ZOSP RP  
wszystkie**

Zarząd Oddziału Wojewódzkiego Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP woj. śląskiego uprzejmie informuje, że wzorem lat ubiegłych organizowany będzie obóz szkoleniowo – wypoczynkowy Młodzieżowych Drużyn Pożarniczych. Organizatorami obozu są:

Ochotnicza Straż Pożarna „Florian” w Strzybnicy.

Oddział Wojewódzki Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP w Katowicach.

Obóz organizowany będzie w Ośrodku Wczasowo – kolonijnym „SKOWRONKI „ w Kątach Rybackich.

**24.06 – 08.07.** – kurs instruktorski i kurs dowódców MDP

(wyjazd w dniu **23.06** wieczorem, powrót **09.07.** rano)

Termin ten może ulec niewielkim zmianom w zależności od możliwości transportowych (pociąg ).

Przyjęto następujące założenia organizacyjne:

1. W kursie dowódców MDP uczestniczy młodzież w wieku 10-16 lat – uczestnik powinien posiadać przeszkolenie podstawowe członków MDP,
2. W kursie instruktorskim mogą uczestniczy osoby w wieku do 17 lat, które ukończyły kurs dowódców MDP na obozach organizowanych w poprzednich latach przez ZOW ZOSP RP i KW PSP,
3. Młodzież zakwaterowana będzie w domkach kempingowych z własnym węzłem sanitarnym, wyposażonych w łóżka z kompletem pościeli i szafką ubraniową.
4. Wyżywienie w stołówce zlokalizowanej na terenie ośrodka. Zapewnione cztery posiłki dziennie Jest to obóz szkoleniowy dlatego, też uczestnicy zobowiązani są do przestrzegania zasad obowiązujących na obozie (dyscyplina strażacka).
5. Karty uczestnika (wzór karty w załączeniu) prosimy przesłać najpóźniej do dnia **30.05.2019r.**
6. W przypadku większej liczby zgłoszeń zostanie przeprowadzona kwalifikacja przez Komisję, którą powołuje Zarząd Oddziału Wojewódzkiego ZOSP RP w Katowicach. Informacje o zakwalifikowaniu wraz z warunkami dojazdu zostaną przesłane na adres domowy do dnia **06.06.2019.**
7. Przewidywana odpłatność **1650 zł** .( koszt zostanie pomniejszony o dotację po otrzymaniu informacji w jakiej jest wysokości )
8. Wpłaty należy dokonać na konto Ochotniczej Straży Pożarnej „Florian „ w Strzybnicy 42 -680 Tarnowskie Góry ul. Kościelna 85 : **Bank BGŻ 56 1600 1462 1019 5999 0000 0002** z zaznaczeniem **dokładnym imienia i nazwiska dziecka.**
9. **Zaliczkę wysokości 500 zł należy wpłacić do 12.04.2019r.**
10. Ostatecznej wpłaty należy dokonać do dnia **10.06.20169r.** Brak wpłaty oznacza rezygnację z obozu.
10. Bliższych informacji udziela Biuro Oddziału Wojewódzkiego Związku OSP RP w Katowicach tel. 032 25 -17 -969 lub 032 78 – 19 -648.

Z-CIA DYREKTORA  
Zarządu Wojewódzkiego  
ZOSP RP woj. śląskiego

Sylwia Radwańska

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O  
DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNNKU**

(Miejsowość, data)

(Podpis wychowawcy - instruktora)

**WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNNKU**

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminów obowiązujących w czasie wypoczynku, poleceń wychowawców, instruktorów oraz zarządzeń komendanta. W przypadku poważnego naruszenia regulaminów, uczestnik zostanie wydalony z placówki wypoczynku na koszt rodziców (opiekunów).
2. Uczestnik zobowiązany jest uczestniczyć we wszystkich imprezach, wycieczkach organizowanych przez wychowawców i stosować się do ich poleceń.
3. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy zniszczone, uszkodzone :sprzęt elektroniczny ( tel komórkowe, itp. ) rzeczy wartościowe oraz rzeczy pozostawione przez uczestników podczas pobytu.
4. W przypadku stałych schorzeń wymagających systematycznego zażywania leków -- uczestnik obowiązany jest do posiadania własnych.
5. Uczestnik za pośrednictwem rodziców ( opiekunów ) ponosi odpowiedzialność materialną za wyrządzone szkody w miejscu pobytu.
6. Oświadczam, że zapoznałem (lam ) moje dziecko z w/w warunkami uczestnictwa.
7. Swoim podpisem akceptuję obowiązujące zasady. Podałem (lam ) wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia mojego dziecka.
8. W razie konieczności wyrażam zgodę na wydanie przez pielęgniarkę i wychowawców leków objawowych, leków przywiezionych z domu rodzinnego oraz zaleconych przez lekarza.
9. W razie zagrożzeń życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne , zabiegi diagnostyczne , operacje.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez OW ZOŚP RP w Katowicach wizerunku mojego dziecka w ramach działalności statutowej Związku.

(Miejsowość, data)

(Podpis ojca, matki lub opiekana)

**WYSŁANIE DZIECKA NA POBYT OZNACZA AKCEPTACJĘ WARUNKÓW  
UCZESTNICTWA W WYPOCZYNNKU.**

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNNKU**

1. Rodzaj placówki wypoczynku *Obóz szkoleniowo-wypoczynkowy MDP*
2. Adres placówki Ośrodek Wczasowo – kolonijny „ SKOWRONKI „ w Kątach Rybackich.
3. Czas trwania od 24.06 – 08.07.2019r.

**II. WNIOSEK O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_
  2. Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_
  3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_
  4. Nazwa i adres szkoły \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_
  5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku. \_\_\_\_\_
- Telefony kontaktowe \_\_\_\_\_
- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na obozie \_\_\_\_\_

(Miejsowość, data)

(Podpis ojca, matki lub opiekana prawnego)

**OPINIA JEDNOSTKI OSP**

Druh/druhna \_\_\_\_\_ jest członkiem/członkinią  
Młodzieżowej Drużyny Pozarliczej naszej OSP i posiada wykszolenie \_\_\_\_\_

(Miejsowość, data)

(Podpis Prezesa OSP)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA**

**DZIECKA** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki \_\_\_\_\_  
i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary itp.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Swierdzam, ze podalem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku. Przyjmuję do wiadomości, że organizatorzy zapewniają lekarstwa tylko w ramach pomocy doraźnej.

**W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje.**

(Miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (Podpis ojca, matki lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ**  
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_,  
WZW \_\_\_\_\_, dur \_\_\_\_\_, inne \_\_\_\_\_

(Data) \_\_\_\_\_ (Podpis pielęgniarki)

**V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU**

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic opiekun)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Data) \_\_\_\_\_ (Podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

**VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA**

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości \_\_\_\_\_ zł słownie \_\_\_\_\_
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Data) \_\_\_\_\_ (Podpis)

**VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNNKU**

Dziecko przebywało na \_\_\_\_\_ (Pieczęć adresowa placówki wypoczynku)  
od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

(Data) \_\_\_\_\_ (Czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNNKU** (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (Podpis organizatora wypoczynku)

(Miejsowość, data) \_\_\_\_\_ (Podpis lekarza - pielęgniarki placówki wypoczynku)