

**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 w Rybarzowicach

Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej w Katowicach

Oddział Wojewódzki Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP w Katowicach.

Obóz organizowany będzie w ośrodku Wczasowo – Kolonijnym „SKOWRONKI „ W Kątach Rybackich w terminie:

**23.06 – 07.07.** – kurs instruktorski i kurs dowódców MDP

(wyjazd w dniu **22.06** wieczorem, powrót **08.07.** 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 uczestniczyć 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 wraz z załącznikami (wzór karty w załączeniu) prosimy przesłać do dnia **10.04.2018r.**
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 **20.05.2018r.**
7. Przewidywana odpłatność **1600 zł**. Odpłatność może ulec zmniejszeniu po otrzymaniu dotacji z Komendy Wojewódzkiej PSP w Katowicach. Wtedy to zostaną przesłane zwroty w wysokości otrzymanej dotacji (zgodnie ze wstępnymi ustaleniami dotacja może być nawet do około 600 zł)
8. Ze względów organizacyjnych przy składaniu karty uczestnika (10.04.2018) prosimy o dokonanie wpłaty zaliczki w wysokości **500 zł**.
9. Wpłaty należy dokonać na konto Ochotniczej Straży Pożarnej w Rybarzowicach ul. Beskidzka 66 43-378 Rybarzowice : **84 8133 0003 0002 7124 2000 0002** z podaniem **imienia i nazwiska dziecka**.
10. Pozostałą część kwoty należy wpłacić do dnia **31.05.2018 r.** Brak wpłaty oznacza rezygnację z obozu.
11. Bliższych informacji udziela Biuro Oddziału Wojewódzkiego Związku OSP RP w

Z-CA DYREKTORA  
Zarządu Wykonawczego  
ZOSP RP woj. śląskiego  
Sylvia Radwańska

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Miejscowość, data) \_\_\_\_\_  
(Podpis wychowawcy - instruktora)

WARUNKI UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU

1. Uczestnik zobowiązany jest stosować się do regulaminów obowiązujących w czasie wycieczki, poleceń wychowawców, instruktorów oraz zarządzeń komendanta. W przypadku poważnego naruszenia regulaminów, uczestnik zostanie wydalony z placówki wycieczki 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. Podalem ( 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 zagrożenia życia lub zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne , zabiegi diagnostyczne , operacje.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez OW ZOSP RP w Katowicach wizerunku mojego dziecka w ramach działalności statutowej Związku.

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

WYSŁANIE DZIECKA NA POBYT OZNACZA AKCEPTACJĘ WARUNKÓW  
UCZESTNICTWA W WYPOCZYNKU.

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Rodzaj placówki wycieczki Obóz szkoleniowo-wycieczkowy MDP

2. Adres placówki Ośrodek Wczasowo – kolonijny „ SKOWRONKI „ w Kątach Rybackich.

3. Czas trwania od 23.06 – 07.07.2018r.

\_\_\_\_\_

II. WNIOSEK O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_

2. Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_

Kasa Chorych \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_

4. Nazwa i adres szkoły \_\_\_\_\_

5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wycieczki. \_\_\_\_\_

Telefony kontaktowe \_\_\_\_\_

Zobowiązuje się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na obozie \_\_\_\_\_

(Miejscowość, data)

(Podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

OPINIA JEDNOSTKI OSP

Druh/druhna \_\_\_\_\_, jest członkiem/członkinią \_\_\_\_\_

Młodzieżowej Drużyny Pożarniczej naszej OSP i posiada wykształcenie \_\_\_\_\_

(Miejscowość, 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.)

---

---

---

---

---

Stwierdzam, że podałem 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.

(Miejscowość, data)

(Podpis ojca, matki lub opiekuna)

**IV. INFORMACJA PIELEGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ**

lub przedstawienie książeckiej 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 WYPOCZYNKU**

Dziecko przebywało na \_\_\_\_\_ (Pieczęć adresowa placówki wypoczynku)

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

(Data)

(Czytany podpis kierownika placówki wypoczynku)

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

---

---

---

(Miejscowość, data)

(Podpis organizatora wypoczynku)

---

---

---