



**Oddział Wojewódzki
Związku
Ochotniczych Straży Pożarnych RP
woj. śląskiego**

40-032 Katowice ul. H. Dąbrowskiego 8.

tel: 0-32/ 25-17-969, 0-32/ 78-19-648; email: katowice@zosprp.pl

Katowice 03.02.2020 r.

ZW⁵⁶/2020

**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 – wycieczkowy 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 **28.06 – 11.07.** – kurs instruktorski i kurs dowódców MDP

(wyjazd w dniu **27.06** wieczorem, powrót **12.07.** 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 (wzór karty w załączeniu) prosimy przesłać najpóźniej do dnia **15.04.2020r.**
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 .
7. Przewidywana odpłatność **1750 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 31.03.2020r.**
10. Ostatecznej wpłaty należy dokonać do dnia **31.05.2020r.** Brak wpłaty oznacza rezygnację z obozu.
11. Bliższych informacji udziela Biuro Oddziału Wojewódzkiego Związku OSP RP w **Katowicach tel. 032 25 -17 -969 lub 032 78 – 19 -648.**

DYREKTOR
Zarządu Wojewódzkiego
ZOSP RP woj. śląskiego

Sylvia Radwańska

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU
PODZAS 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. Podaję (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.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych, tj. Związek Ochotniczych Straży Pożarnych RP z siedzibą w Warszawie, wyłącznie w celu organizacji obozu MDP, a także oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią. Dodatkowo, potwierdzam otrzymanie informacji, że: aby skontaktować się z Administratorem Danych Osobowych należy wysłać wiadomość e-mail na adres: katowice@zosprp.pl z adresu, którego zgoda dotyczy. Listy w formie tradycyjnej można również kierować pod adres Administratora Danych Osobowych. List musi być opatrzony czytelnym podpisem oraz informacjami umożliwiającymi dokładną weryfikację osoby wnioskującej.
 - podanie danych jest dobrowolne, Mam prawo do: bycia poinformowanym o operacjach przetwarzania,

(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 28.06 – 11.07.2020r. _____

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 prawne)

OPINIA JEDNOSTKI OSP

Druh/druhna _____ jest członkiem/członkinią
Młodzieżowej Drużyny Pożarniczej w OSP _____
gmina _____ powiat _____ 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)

(Czytelny 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)

(Miejscowość, data)

(Podpis lekarza - pielęgniarki placówki wypoczynku)