

**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: **6 Ośrodek Wczasowy Roma**  
**88-410 Chomiąża Szlachecka 8, tel. 694 943 672**
5. CZAS TRWANIA OBOZU: **22.08.2022 – 26.08.2022**

## 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** \_\_\_\_\_

