

SZKOŁA ZIMOWA 2026
KARTA INFORMACYJNA

I Liceum Ogólnokształcące w Swarzędzu im. Witolda Gromadzkiego
Niepubliczne Liceum Fundacji EKOS z Oddziałami Dwujęzycznymi
Szkoła Podstawowa z Oddziałami Dwujęzycznymi
Fundacji EKOS w Swarzędzu
ul. St. Kwaśniewskiego 2, 62 – 020 Swarzędz

I. INFORMACJE ORGANIZATORÓW

1. Adres:

Ośrodek Sportu i Rekreacji *ALPINA SPORT*
ul. Uzdrowska 76, 33-370 Muszyna
tel. 018 471 41 81

2. Czas trwania: 08 – 16.01.2026 r.

II. INFORMACJE O UCZESTNIKU SZKOŁY ZIMOWEJ

1. Imię i nazwisko

2. Numer telefonu uczestnika szkoły zimowej:

3. Numery telefonów rodziców lub opiekunów:

.....

4. PESEL uczestnika Szkoły Zimowej:

5. Uczestnik jest wegetarianinem: TAK / NIE, weganem TAK / NIE, inna dieta (proszę podać jaka).

.....

.....

.....

.....

.....

6. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika Szkoły Zimowej, rozwoju psychofizycznym, np.: na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę autokarem, czy przyjmuje leki - jakie i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Inne informacje o dziecku, które powinny być znane organizatorom wyjazdu.

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie rodziców

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wyjeździe na Szkołę Zimową w terminie 08 - 16.01.2026r. Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki na wyjeździe.
2. Przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem uczestnictwa dziecka w obozie jest brak u niego w dniu wyjazdu objawów sugerujących chorobę zakaźną.
3. Przyjmuję do wiadomości, że w sytuacji, gdy uczestnik Szkoły Zimowej spożyje napój zawierający alkohol lub zażyje środek odurzający, zostaną podjęte odpowiednie działania, takie jak konieczność odebrania dziecka przez Rodziców oraz skreślenia tego ucznia z listy uczniów Liceum lub Szkoły Podstawowej. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych badań (alkomat, badanie moczu) w celu potwierdzenia ewentualnej obecności alkoholu lub innych substancji odurzających w organizmie mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego