

Podkarpacki Okręgowy Związek Judo w Rzeszowie
ul. Langiewicza 27
tel. 17/85-423-38/602387955
www.judorzeszow.pl

OBÓZ SPORTOWO – SZKOLENIOWY (Narty + Judo) DLA ZAWODNICZEK I ZAWODNIKÓW SEKCJI JUDO

TERMIN: 15.01 - 21.01.2011 r. (7 dni)

MIEJSCE: Krynica

Zakwaterowanie i wyżywienie w pokojach 2,3,4 os. z TV, ping-pong, kominek, świetlica.

Planowane zajęcia to:

- treningi na macie – zajęcia JUDO, na sali gimnastycznej
- nauka i doskonalenie jazdy na nartach w trzech grupach: od podstaw -początkujących, średnio zaawansowanych i zaawansowanych. – na sztucznie dośnieżanym stoku. Stok jest o zróżnicowanej skali trudności (Słotwiny –krzeselko 1200 m). Codzienny dojazd na stok autokarem.
- zawody narciarskie,
- zajęcia na krytym basenie, lub lodowisku,
- gry i zabawy ruchowe na śniegu,
- wycieczki marszowe po górskim terenie,
- ognisko połączone z pieczeniem kielbasek, jeżeli będzie możliwe kulig lub wyjazd kolejką na Jaworzynę lub Górę Parkową
- dyskoteki.

Zajęcia prowadzone są przez wykwalifikowaną kadrę trenerów judo, oraz instruktorów narciarstwa.

W cenę obozu wliczono: noclegi, wyżywienie, dojazd, ubezpieczenie, karnety na wyciąg, opłata instruktorów PZN, codzienny dowóz autokarem na stok i z powrotem, bilety na basen lub lodowisko, ognisko z pieczeniem kiełbasy, kulig (o ile będą warunki) lub wycieczka na Jaworzynę lub Górę Parkową, przewóz maty, wynajem obiektów sportowych, pobyt oraz pracę trenerów, a także opiekę pedagogiczną i medyczną.

Uwaga!

Należy ze sobą zabrać sportowe badania lekarskie, legitymację szkolną, kartę obozową, nr PESEL, judoge, czepek, kąpielówki oraz kijki, narty, buty narciarskie i kask (starsi gumy).
Możliwość wypożyczenia sprzętu na miejscu ok.25 zł/dzień lub taniej na czas zajęć.
Wyjazd z WALTERA w dniu rozpoczęcia o godz. 9.00/ powrót w dn. wyjazdu po obiedzie.

Trener judo – *Piotr Majcher*
Tel.17/ 863-07-10 lub 0602 38 79 55

INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY

Uczeń(nica) interesuje się
należy do koła zainteresowań
należy do organizacji młodzieżowych: ZHP,
posiada: odznaki, stopnie, sprawności
jest członkiem szkolnych organizacji
uprawia dyscyplinę sportową
posiada odznaki turystyczne, sportowe
Inne uwagi o uczniu

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy klasy)

OPINIA LEKARZA

Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznanie)

- 1) dziecko może być uczestnikiem
(obozu)
- 2) dziecko nie kwalifikuje się na
- 3) wskazany wyjazd na
(rodzaj obozu)

(miejscowość, data)

(podpis wychowawcy klasy)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA w czasie pobytu
na obozie, dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć lekarza, pielęgniarki obozu)

Karta uczestnika obozu

CZEŚĆ A

(pieczęć adresowa
organizatora obozu)

I. INFORMACJA ORGANIZATORA OBOZU

1. Rodzaj obozu
2. Adres placówki
3. Czas trwania od do
4. Trasa obozu wędrownego

(miejscowość, data)

(podpis organizatora obozu)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBOZ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania, telefon
4. Nazwa i adres szkoły klasa
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie
6. Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)
w tym dzieci uczęszczających do szkół i na wyższe uczelnie
7. Oświadczenie rodziców (opiekunów) o dochodach

	Ojciec (opiekun)	Matka (opiekunka)
Imię i nazwisko		
Nazwa i adres zakładu pracy		

8. Proszę o skierowanie dziecka na obóz
za odpłatnością w wysokości

(miejscowość, data)

(podpis ojca, matki lub opiekuna)

Karta uczestnika obozu

CZEŚĆ B

III. POTWIERDZENIE POBYTU
DZIECKA NA OBOZIE

Dziecko przebywało na
(pieczęć adresowa obozu)

od dnia do dnia I.

.....
(miejscowość, data) (podpis kierownika obozu)

.....
(pieczęć adresowa szkoły)

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data urodzenia klasa

**INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)
O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka*):
omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, inne
2. Przebyte choroby* (podać w którym roku): żółtaczka zakaźna
dur (tyfus), błonica, inne choroby zakaźne,
zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego,
zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca,
padaczka, inne choroby
3. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu: tak, nie*) podać powód
4. Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone
5. Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką, kiedy)
6. Jak dziecko znosi samochodem: dobrze, źle*
7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

INFORMACJA PIELĘGNIARKI (HIGIENISTKI) SZKOLNEJ

wzrost, waga, grupa dyspanseryjna,
szczepienia ochronne (podać rok): ospa, BCG, błonica,
dur, tężec, polio (typ),
stan czystości skóry, włosów

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pielęgniarki: szkolnej)

*) właściwe podkreślić