

L.dz. 578/2024

Poznań, dnia 26 czerwca 2024 r.

W/g rozdzielnika

Wielkopolski Związek Piłki Siatkowej w Poznaniu uprzejmie informuje,  
że powołuje na zgrupowanie **Kadry Wojewódzkiej MŁODZIKÓW**

**w piłce siatkowej plażowej**

**w miejscowości KARPACZ**

**w dniach :**

**22.07 – 31.07.2024r.**

**nижer wymienionych zawodników :**

- 1. SZYMON JÓZEFIAK**
- 2. MARCEL BOBOWSKI**
- 3. ANTONI WOŹNY**
- 4. JAN GDALA**
- 5. OLAF BARTKOWIAK**
- 6. DAWID ADAMCZAK**

- MUKS AMBER KALISZ**  
**IUKS JEDYNKA POZNAŃ**  
**PKS MOS ZBĄSZYŃ**  
**UKS P.U.M.A. KOMORNIKI**  
**UKS P.U.M.A. KOMORNIKI**  
**IUKS JEDYNKA POZNAŃ**

Prosimy o przekazanie w całości powołania zawodnikom!!!

Zgody rodziców na udział dziecka w zgrupowaniu KWM piłka siatkowa plażowa M prosimy przesyłać niezwłocznie w formacie PDF na adres mailowy Trenerki Ilony Zielińskiej Czubek [ilona\\_zielinska@op.pl](mailto:ilona_zielinska@op.pl) lub sms, posłużą one między innymi do analizy organizacji grupy szkoleniowej i przygotowania jej do zgrupowania.

**Jednoznacznym potwierdzeniem udziału w zgrupowaniu będzie wpłata kwoty 1.700,00zł do dnia 09.07.2024r. Po tym terminie powiadomieni zostaną zawodnicy rezerwowi.**

Na w/w zgrupowanie powołani zawodnicy zabierają ze sobą :

- ubiory treningowe (koszulki, spodenki, dres, obuwie do treningów w hali sportowej i w terenie, nakolanniki, czapeczkę z daszkiem, ortalion), strój kąpielowy, **BIDON!!!**
- **LEGITYMACJĘ SZKOLNĄ, AKTUALNE BADANIA LEKARSKIE Z PORADNI SPORTOWEJ, KARTĘ KWALIFIKACYJNĄ NA OBÓZ SPORTOWY.**
- podstawowe lekarstwa na przeziębienie i przeciwbólowe, maseczki, środki odkażające itp. do osobistego użytku,
- **ZGODĘ RODZICÓW NA UDZIAŁ DZIECKA W ZGRUPOWANIU KADRY KWM W PIŁCE SIATKOWEJ PLAŻOWEJ MĘŻCZYZN.**
- **OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH.**

**ZBIÓRKA ZAWODNIKÓW :**

**Wyjazd w dniu 22.07.2024r. (poniedziałek) o godzinie 11.00 z miejscowości POZNAŃ – MC DONALDS na Franowie przy trasie katowickiej.**

**Miejsce pobytu : OW KRUCZE SKAŁY, ul. Wilcza 1 , 58-540 Karpacz,**

**Hala Widowiskowo – Sportowa ul. Konstytucji 3 Maja 48a, Karpacz.**

UWAGA !!!

WZPS prosi rodziców / opiekunów o punktualny dowóz i odbiór zawodniczek w wyznaczonych godzinach.

**KIEROWNIK ZGRUPOWANIA : Trener Koordynator Szkolenia Kadr Wojewódzkich WZPS Poznań  
Janusz Polaszek tel. kom. 508 114 858 ,**

TRENERZY ZGRUPOWANIA :

1. ILONA ZIELIŃSKA CZUBEK – 785 602 540,
2. Paulina Gorwa – Fizjoterapeutka.

UWAGA !!!

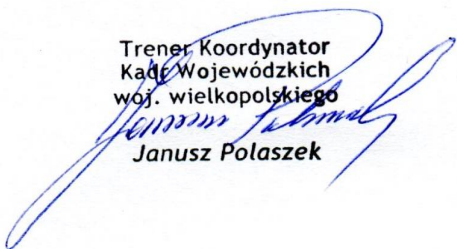
1. Częściowe koszty zgrupowania (wyżywienie, zakwaterowanie, wynajem obiektów sportowych, napoje po treningach,), pokrywają zawodnicy, Wielkopolskie Stowarzyszenie Sportowe i Wielkopolski Związek Piłki Siatkowej.
2. Udział lub rezygnację w zgrupowaniu należy natychmiast po otrzymaniu powołania zgłosić Trenerowi Kadry KWM. ( Ze względu na możliwość powołania innego zawodnika lub odwołania rezerwacji).
3. **Spodziewane zakończenie zgrupowania w dniu 31 lipca ( środa) około godziny 20:00 w miejscu MC DONALDS na FRANOWIE - autobusy kończą trasę w Poznaniu.**
4. Z uwagi na dość duże obciążenie treningowe, by zapewnić zawodnikom odpowiedni czas odpoczynku i snu, na zgrupowaniach kadr wojewódzkich praktykujemy odbieranie w depozyt na noc telefonów komórkowych i innych urządzeń typu laptop. Zawodnicy mają także zakaz noszenia i korzystania z telefonów podczas posiłków i treningów. Trenerzy biorą w depozyt przed ciszą nocną wszystkie telefony i zwracają je zawodnikom następnego dnia po obiedzie.
5. **Ponieważ zdarzają się sytuacje wśród zawodników kadry sugerowania osobistego lub za pomocą wiadomości tekstowych możliwości przejścia do swojego klubu kierowane do kolegów innego klubu, prosimy o zwrócenie uwagi i uczulenie swoich synów na fakt, że biorąc pod uwagę dobro szkolenia w kadrze poczynania te zaburzają szkolenie i godzą w dobro klubów , które wysyłają w zaufaniu na zgrupowania Kadr Wielkopolski swoich zawodników.  
W wypadku stwierdzenia takich praktyk, zostaną wyciągnięte konsekwencje w stosunku do winnych.**

**ODPŁATNOŚĆ OD ZAWODNIKÓW KWM - 1.700,00 zł.**

**Odpłatność od zawodnika wpłacana będzie do dnia 09.07.2024r. przelewem**

**na konto WZPS Poznań : Santander Bank Polska S.A. nr 98 1090 1362 0000 0000 3612 8396**

**z dopiskiem : ZGRUPOWANIE KWM PLAŻA KARPACZ + imię i nazwisko zawodnika.**

Trener, Koordynator  
Kadr Wojewódzkich  
woj. wielkopolskiego  
  
Janusz Polaszek

Otrzymują :

- kluby – do wiadomości,
- zawodnicy,

DALEJ !!!

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZGRUPOWANIU KADRY KWM W PIŁCE SIATKOWEJ PLAŻOWEJ MĘCZYZN W MIEJSCOWOŚCI KARPACZ W DNIACH 22.07 – 31.07.2024r. ZORGANIZOWANYM PRZEZ WZPS I WSS W POZNANIU.**

Jako rodzic lub prawny opiekun wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zgrupowaniu kadry wojewódzkiej KWM piłka siatkowa plażowa M w miejscowości KARPACZ w dniach 22.07 – 31.07.2024r. zorganizowanym przez Wielkopolski Związek Piłki Siatkowej i Wielkopolskie Stowarzyszenie Sportowe w Poznaniu. Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z zasadami organizacji szkolenia młodzieży uzdolnionej sportowo i akceptuję je oraz zrzekam się wszelkich roszczeń w stosunku do Organizatorów z tytułu rzeczowych warunków przebiegu zgrupowania.

Oświadczam, że moje dziecko posiada aktualne badania lekarskie poświadczone w książeczce/karcie zdrowia zawodnika zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia ([Dz. U. Nr 139, poz. 1134](#)), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ([Dz. U. Nr 139, poz. 1142 z późn. zm.](#)) oraz rozporządzeniem Ministra Sportu z dnia 3 października 2006 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zaświadczeń lekarskich, a także rodzaju niezbędnych badań lekarskich dla osób ubiegających się o przyznanie licencji zawodnika lub licencji trenera (nowe wytyczne: Ustawa o sporcie art. 37 ust.2, [Dz. U. Nr 189, poz. 1396](#)) zaświadczenie lekarskie zawodników wydaje lekarz medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat w zakresie orzecznictwa sportowo-lekarskiego wydany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej. Wykaz poradni medycyny sportowej posiadających umowę z NFZ oraz lekarzy posiadających certyfikat w zakresie orzecznictwa sportowo-lekarskiego wydany przez PTMS można znaleźć na stronie <http://www.ptms.org.pl/>

**Z własnej winy nie przedstawiłem książeczki/karty zdrowia zawodnika mojego dziecka trenerom na zgrupowaniu.\***

Oświadczam również że dziecko znajduje się w doskonałej kondycji fizycznej i psychicznej oraz nie istnieją żadne przeciw wskazania medyczne do jego uczestnictwa w zgrupowaniu sportowym. W przeciwnym razie ponoszę całkowitą odpowiedzialność za ich skutki. Przyjmując do wiadomości ryzyko uszkodzenia ciała, uprawiam Organizatorów zgrupowania – w razie takiej konieczności – do zapewnienia mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych celem zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia.

Oświadczam, że w przypadku nieprzestrzegania przez moje dziecko zasad i regulaminu ustalonych przez Organizatorów, dotyczących przebiegu i organizacji zgrupowania kadry wojewódzkiej KWM w piłce siatkowej plażowej M, co przyczyniłoby się do powstania szkód u mojego dziecka, u osób trzecich lub nawet Organizatorów, jako rodzic lub opiekun prawny ponoszę za to pełną odpowiedzialność.

Zobowiązuję się do jak najszybszego przedstawienia ważnych badań lekarskich poświadczonych w książeczce/karcie zdrowia zawodnika Organizatorom zgrupowania kadr wojewódzkich KWM w piłce siatkowej plażowej M.

Oświadczam, że w związku z powyższym nie będę występować z żadnymi roszczeniami finansowymi do Organizatorów zgrupowania kadry wojewódzkiej KWM w piłce siatkowej plażowej M lub osób trzecich. Powyższe oświadczenie podpisuję na zasadzie dobrowolności, z pełną świadomością konsekwencji zrzeczenia się określonych wyżej roszczeń.

**Wyrażam / nie wyrażam \* zgodę/y na udział mojego dziecka w wycieczce pieszej w góry oraz w zajęciach na pływalni.\***

| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO ZAWODNIKA | IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO | MIEJSCOWOŚĆ I DATA | PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO |
|-----|---------------------------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| 1   |                           |                                           |                    |                                  |
| 2   |                           |                                           |                    |                                  |

**\* Niepotrzebne skreślić**

**DALEJ !**

# KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki <sup>1)</sup>:

- kolonia
- zimowisko
- obóz
- biwak
- półkolonia

x inna forma wycieczki : **OBÓZ SPORTOWY KADR WOJEWÓDZKICH WZPS POZNAŃ**

**KWM 2011 PIŁKA SIATKOWA PLAŻOWA M**

2. Termin wycieczki : **22 lipca 2024 r. – 31 lipca 2024 r.**

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki : **Ośrodek Wycieczkowy „KRUCZE SKAŁY” ul. Wilcza 1, 58-540 KARPACZ**

**Hala widowiskowo – sportowa ul. Konstytucji 3 Maja 48 a, 58-540 KARPACZ**

Trasa wycieczki o charakterze wędrownym <sup>2)</sup>

Nazwa kraju w przypadku wycieczki organizowanej za granicą



Trener, Koordynator  
Kadr Wojewódzkich  
woj. wielkopolskiego  
*Janusz Polaszek*  
Janusz Polaszek

Poznań, dnia 24.06.2024 r.

Miejscowość, data

.....  
(podpis organizatora wycieczki)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU :

1. Imię (imiona) i nazwisko :

2. Imiona i nazwiska rodziców :

.....

.....

3. Rok urodzenia : .....

4. Adres zamieszkania : .....

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców <sup>3)</sup>

.....

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wypoczynku, w czasie trwania wypoczynku

.....

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym :

.....

.....

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary) :

.....

.....

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

- tężec .....

- błonica .....

- dur .....

- inne .....

.....

...

oraz nr PESEL uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm).

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

---

### **III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU :**

Postanawia się <sup>1)</sup>:

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek

- odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu :

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

#### **IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał .....  
(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

do dnia (dzień, miesiąc, rok) .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

#### **V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBYCH PRZEBYTYCH W JEGO TRAKCIE**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kierownika wypoczynku)

---

#### **VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

.....  
(podpis wychowawcy wypoczynku)

- 1) Właściwie zaznaczyć znakiem „X”
- 2) W przypadku wypoczynku o charakterze wędrownym
- 3) W przypadku uczestnika niepełnoletniego
- 4)

**KTO JESZCZE NIE DOSTARCZYŁ OŚWIADCZENIA PODCZAS ZGRUPOWANIA NABOROWEGO  
PROSZONY JEST O DOSTARCZENIE DOKUMENTU PODCZAS ZGRUPOWANIA W KARPACZU.**

.....  
/Imię i nazwisko prawnego opiekuna /

.....  
/adres /

**Oświadczenie KWM/ KWJM/ KWJ/ KWML\***

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie oraz przekazywanie danych osobowych córki/syna\*

.....  
zawartych w dokumentacji organizacyjno-szkoleniowej Wielkopolskiego Stowarzyszenia Sportowego niezbędnej w procesie szkolenia Kadry Wojewódzkiej dla potrzeb Ministerstwa Sportu i Turystyki oraz właściwych Polskich Związków Sportowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o treści art.24 USTAWY z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż Administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Stowarzyszenie Sportowe z siedziba w Poznaniu. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)

**Wyrażam zgodę na udział córki/syna w akcjach szkoleniowych organizowanych przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Sportowe w Poznaniu w ramach szkolenia Kadr Wojewódzkich w okresie 01.01-31.12.2024 roku.**

**Potwierdzam, że córka/syn posiada aktualne badania lekarskie orzeczone zdolnością do uprawiania sportu.**

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis )

\*niepotrzebne skreślić

**2. Ogólne zasady organizacji szkolenia młodzieży uzdolnionej sportowo**

7. **W zajęciach szkolenia sportowego mogą uczestniczyć wyłącznie zawodnicy posiadający aktualne badania lekarskie poświadczane w książeczce/karcie zdrowia zawodnika** zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia ([Dz. U. Nr 139, poz. 1134](#)), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ([Dz. U. Nr 139, poz. 1142 z późn. zm.](#)) oraz rozporządzeniem Ministra Sportu z dnia 3 października 2006 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zaświadczeń lekarskich, a także rodzaju niezbędnych badań lekarskich dla osób ubiegających się o przyznanie licencji zawodnika lub licencji trenera (nowe wytyczne: Ustawa o sporcie art. 37 ust.2, [Dz. U. Nr 189, poz. 1396](#)) zaświadczenie lekarskie zawodników wydaje lekarz medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat w zakresie orzecznictwa sportowo-lekarskiego wydany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej. Wykaz poradni medycyny sportowej posiadających umowę z NFZ oraz lekarzy posiadających certyfikat w zakresie orzecznictwa sportowo-lekarskiego wydany przez PTMS można znaleźć na stronie <http://www.ptms.org.pl/>

8. **Wszyscy uczestnicy winni obowiązkowo posiadać dokument ze zdjęciem potwierdzający ich tożsamość.**