



Rok założenia
1905

Z W I A Z E K N A U C Z Y C I E L S T W A P O L S K I E G O Z G
OUPiS

OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA
F I L I A W K A T O W I C A C H

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

tel./fax.: 32/ 253-88-02

www.katowice.oupis.pl

e-mail: oupiskat@znp.edu.pl

ZAPRASZAMY

na kurs

INSTRUKTAŻOWY DLA KIEROWNIKÓW WYPOCZYNKU

w dniu **03 czerwca 2014r.**, od godz. **12³⁰** /wtorek/

w programie:

1. Planowanie pracy wychowawczej
2. Organizacja wypoczynku dzieci i młodzieży
3. Bezpieczeństwo życia i zdrowia uczestników
4. Organizacja pracy kierownika wypoczynku z personelem pedagogicznym i administracyjno-obługowym
5. Prowadzenie dokumentacji wypoczynku

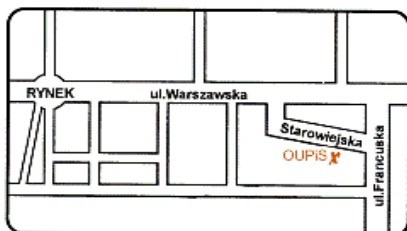
Odpłatność od uczestnika **110,00 zł.***

**gotówką w dniu szkolenia lub przelewem po otrzymaniu faktury w dniu szkolenia.*

Kartę zgłoszenia prosimy przesłać do dnia 26/05/2014r., tel.fax.: 32 253 88 02

/dostępna w załączniku/

Zajęcia odbędą się w ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach, ul. Starowiejska 11



zapraszamy do korespondencji - email: oupiskat@znp.edu.pl



Rok założenia
1905

Z W I A Z E K N A U C Z Y C I E L S T W A P O L S K I E G O Z G

O U P I S

OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA
F I L I A W K A T O W I C A C H

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

tel./fax.: 32/ 253-88-02

www.katowice.oupis.pl

e-mail: oupiskat@znp.edu.pl

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

/PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI/

.....
TEMAT

.....
DATA REALIZACJI

IMIE I NAZWISKO

Data urodzenia..... Miejsce ur.

Adres zamieszkania

(Kod pocztowy) (Miejscowość: Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić)

.....
(Ulica, nr)

(Telefon)

(e-mail)

Miejsce zatrudnienia

.....
(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić/

.....
(Ulica)

(Nr)

(Telefon)

(e-mail)

Stanowisko Staż pracy stopień nauczyciela

Nauczany przedmiot

Kwota do zapłaty: PLN /GOTÓWKA*/PRZELEW*/
*/niepotrzebne skreślić/

Dokładne dane do faktury placówki oświatowej placącej za szkolenie:

/nazwa szkoły, placówki, Wydział Edukacji, ZOJO itp./

Nazwa

Kod..... Miejscowość

ulica, nr NIP

OŚWIADCZENIE: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i umieszczenie ww. danych w bazie danych prowadzonej przez ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach. Jednocześnie oświadczam, że jest mi znane prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

W PRZYPADKU BRAKU REZYGNACJI ZE SZKOLENIA, UCZESTNIK ZOSTANIE OBCIĄŻONY KOSZTAMI

.....
(akceptacja dyrektora)

/ (data)

.....
(podpis uczestnika)

(Wypełnioną kartę prosimy przesłać tel./fax: 32 253 88 02 lub e-mailem- dane j.w.)