|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  | ………………………………………… |
| Miejscowość i data |
|  |
| Dane organizatora(nazwa organizacji, adres, tel. kontaktowy, e-mail) |

**Komenda Powiatowa**

**Państwowej Straży Pożarnej**

**w Końskich**

**ZGŁOSZENIE**

 Na podstawie uzgodnień w sprawie wzmocnienia bezpieczeństwa na obozach harcerskich pod namiotami podpisanych w dniu 19.06.2019 r. zawiadamiam o organizowanym obozie harcerskim:

|  |
| --- |
| **Miejsce obozowania** |
| **Lokalizacja miejsca obozu** (adres lub lokalizacja działki leśnej i wskazanie nadleśnictwa) |  |
| **Koordynaty nawigacyjne** (zapis stopni w zapisie dziesiętnym (DD) np. 51.188107, 20.414467) |  |
| **Ilość podobozów** |  |

|  |
| --- |
| **Termin organizacji obozu** |
| **Termin rozpoczęcia lokowania obozu (tzw. „kwaterki”)** | **Termin rozpoczęcia obozu (przyjazd uczestników)** | **Termin zakończenia obozu (odjazd uczestników)** | **Termin zakończenia składania obozu** |
|  |  |  |  |
| **Ilość osób lokujących obóz** | **Całkowita Ilość uczestników obozu** | **Ilość kadry obozu** | **Ilość osób pozostałych do składania obozu** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ilość oraz wiek uczestników i kadry** |
|  **Grupa wiekowa** | **Ilość osób** | **W tym osób niepełnosprawnych** |
| 6 - 10 lat |  |  |
| 10 – 13 lat |  |  |
| 13 – 16 lat |  |  |
| 16+ |  |  |
| **ŁĄCZNIE UCZESTNIKÓW:** |  |  |
| Kadra niepełnoletnia |  |  |
| Kadra pełnoletnia |  |  |
| **ŁĄCZNIE KADRY:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Osoby wyznaczone do komunikacji ze służbami ratowniczymi** |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Telefon kontaktowy lub inny kanał łączności (opisać)** | **UWAGI** (np.funkcja, czas, w którym osoba będzie dostępna) |
| **Kierownik****Wypoczynku** |  |  |  |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |

**Uwaga** należy zapewnić przez cały okres obozu obecność minimum 2 osób do komunikacji. W przypadku, gdy któraś z wymienionych osób będzie dostępna tylko przez określony czas, należy uwzględnić to w polu uwagi

Potwierdzam, że na czas organizacji obozu zapewniono całodobowy dostęp do następującego miejsca bezpiecznego schronienia:

|  |
| --- |
| **Miejsce bezpiecznego schronienia** |
| **Adres i nazwa miejsca bezpiecznego schronienia** |  |
| **Imię i nazwisko osoby zarządzającej obiektem** |  |
| **Dane kontaktowe do zarządzającego obiektem** (telefon, e-mail etc.) |  |
| **Odległość do przebycia z obozowiska do miejsca bezpiecznego schronienia podana w kilometrach** |  |
| **Sposób organizacji ewakuacji** (opisać – pieszo, autem, kto zapewnia transport) |  |

Do zgłoszenia dołączam następujące załączniki:

1. mapę/mapy obrazujące:
	1. Lokalizację miejsca obozu
	2. Usytuowanie podobozów
	3. Planowanie miejsca umieszczenia sprzętu gaśniczego
	4. Wyznaczone miejsca zbiórki do ewakuacji
	5. Lokalizację miejsca bezpiecznego schronienia oraz drogę ewakuacji do niego
	6. Drogi dojazdowe dla ekip ratowniczych
	7. Drogi ewakuacyjne, względnie drogi dojścia do wyznaczonych miejsc zbiórki do ewakuacji oraz miejsc bezpiecznego schronienia

|  |
| --- |
| ………….………………………………………………………………... |
| Tel. kontaktowy oraz adres e-mail do kierownika wypoczynku |
| ………….………………………………………………………………... |
| Data i podpis kierownika wypoczynku |