



POLSKI ZWIĄZEK ZAPAŚNICZY

Polish Wrestling Federation | Federation Polonaise de Lutte

Warszawa, 17.05.2019

L.dz. 1755/2019

ZGRUPOWANIE ZAGRANICZNE
ZAPASY KOBIEC – JUNIORKI MŁODSZE
Snina, Słowacja
26.05.2019 – 07.06.2019

Polski Związek Zapaśniczy powołuje na zgrupowanie zagraniczne na Słowacji:

OSOBY TOWARZYSZĄCE:

L. p.	Nazwisko i imię	Funkcja	Uwagi
1.	Grzywiński Dariusz	Trener/kierownik	
2.	Rogoziński Sławomir	Trener	

SKŁAD ZAWODNIKÓW:

L.p.	Kat. wag	Nazwisko i imię	Klub	Uwagi
1.		Gabryl Martyna	MLKS Agros Żary	
2.		Pisula Emilia	ZKS Slavia Ruda Śląska	
3.		Gruskiewicz Marta	UKS Sorga Zamość	
4.		Walczak Natalia	MLUKS Karlino	
5.		Strzelczyk Patrycja	KS Błoczek Team Pelplin	
6.		Nowicka Julia	AKS Białogard	
7.		Kazimierczak Agata	KS Błoczek Team Pelplin	
8.		Piotrowska Urszula	MKS Cement Gryf Chełm	
9.		Kapinos Weronika	MKS Czarni Połaniec	
10.		Polowczyk Zofia	ULKS Tęcza Środa Wielkopolska	
11.		Kuraszewska Amelia	Husaria FT Kozielice	
12.		Słomska Patrycja	ZKS Slavia Ruda Śląska	
13.		Paczkowska Oliwia	UKS Zapasy Plewiska	
14.		Sowa Aleksandra	CSiR Dąbrowa Górnicza	
15.		Trela Marika	ULKS Gryf Wojnowo	Na koszt klubu

Zbiórka w dniu 26.05.2019 w Katowicach (Pl. Andrzeja przy dworcu PKP) o godzinie 13:30.
Wyjazd busem do Sniny ok. godziny 14:00. Powrót do Polski w dniu 07.06.2019.



POLSKI ZWIĄZEK ZAPAŚNICZY

Polish Wrestling Federation | Federation Polonaise de Lutte

W przypadku braku możliwości uczestnictwa w zgrupowaniu prosimy o tym niezwłocznie powiadomić biuro PZZ na e-mail: pol@unitedworldwrestling.org lub tel. (22) 624 81 11, 624 01 69.

Zawodnik zobowiązany jest posiadać aktualne badania lekarskie oraz paszport ważny minimum 180 dni licząc od dnia zakończenia podróży.

Przysługuje zwrot kosztów podróży (PKP II kl. posp. lub PKS) na podstawie załączonego biletu (bez kosztów diety i dojazdów) przesłanego zgodnie z obowiązującymi przepisami do biura PZZ w Warszawie w terminie nieprzekraczającym 14 dni od dnia zakończenia akcji.

WJAZD I POBYT

Obywatele polscy korzystają z prawa do swobodnego przepływu osób w ramach Unii Europejskiej. Dokumentem podróży uprawniającym do bezwizowego wjazdu i pobytu do 90 dni (niezależnie od jego celu) na terytorium Republiki Słowackiej jest paszport bądź dowód osobisty. Po przystąpieniu Polski i Słowacji do obszaru Schengen zostały zniesione kontrole graniczne na polsko-słowackich przejściach granicznych, co jednak nie zwalnia z obowiązku posiadania przy sobie, podczas podróży na Słowację, dokumentu tożsamości - paszportu lub dowodu osobistego. https://msz.gov.pl/pl/informacje_konsularne/profile_krajow/slowacja

W przypadku kontuzji/wypadku w czasie zgrupowania/zawodów proszę o:

1. natychmiastowy kontakt z ERGO Hestia: +48 22 522 29 90 lub +48 22 232 29 90.
2. zbieranie pełnej dokumentacji m.in.
 - zaświadczenia;
 - faktury;
 - dane placówki, w której została udzielona pomoc medyczna (nazwa, adres, numer telefonu, adres e-mail);
 - dane lekarza, który udzielił pierwszej pomocy medycznej (imię, nazwisko, adres, numer telefonu, adres e-mail);
 - dane świadków zdarzenia;
3. natychmiastowe powiadomienie biura PZZ o zaistniałym zdarzeniu.

Wszystkim osobom wyjeżdżającym do Unii Europejskiej zalecamy posiadanie karty EKUZ (Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego). Szczegóły dostępne na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-wyrobic-karte-ekuz/>. Kartę należy wyrobić osobiście.

SEKRETARZ GENERALNY
Polskiego Związku Zapasniczego

Agnieszka Roszkiewicz
Agnieszka Roszkiewicz



POLSKI ZWIĄZEK ZAPAŚNICZY

Polish Wrestling Federation | Federation Polonaise de Lutte

Karta uczestnika zgrupowania zagranicznego */dotyczy zawodników niepełnoletnich/*

na koszt Polskiego Związku Zapaśniczego
w dniach roku w

1. Imię i Nazwisko Zawodnika:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
3. Imię i nazwisko rodziców:
4. Telefon do rodziców:

Czy wyjeżdżając na zgrupowanie dziecko zażywa leki? TAK/NIE*

Nazwa leków oraz sposób dawkowania:

.....

W razie wypadku lub kontuzji Zawodnika podczas zgrupowania, wyrażamy zgodę na podjęcie dalszych czynności medycznych, w tym hospitalizacji: TAK/NIE*

W razie choroby Zawodnika wyrażamy zgodę na podanie leków niewymienionych w Karcie uczestnika zgrupowania oraz zobowiązujemy się pokryć koszty ich zakupu: TAK/NIE*

Oświadczamy, że zrzekamy się wszelkich roszczeń prawnych i finansowych od Organizatora zgrupowania.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Regulaminem udziału w zgrupowaniu i akceptujemy jego treść.

Data

Czytelny podpis rodziców:

* Niewłaściwe skreślić