******Małopolski Związek Stowarzyszeń**

*Pieczątka WOZS\*\**

**Kultury Fizycznej**

**30-003 Kraków; ul. Śląska 5/1**

**NIP: 675-12-19-067**

**kom. 504 244 576**

**www.mzskf.krakow.pl e-mail: mzskf@mzskf.krakow.pl**

**Dziennik zajęć z akcji jednostkowej
kadry wojewódzkiej MŁODZIkÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **SPORT** |  |
| **rodzaj akcji** | Zgrupowanie szkoleniowe\*/ Konsultacja szkoleniowa\* |
| **Termin** |  | **MiejscOWOŚĆ** |  |
| **TRENER KOORDYNATOR** |  |
| **SZKOLENIOWCY I osoby współpracujące** |  |

|  |
| --- |
| **Lista obecności** |
| **Zawodnicy kadry wojewódzkiej młodzików** |
| Lp. | Nazwisko | Imię | Posiłek od (ś / o / k) | Data od (dd.mm) | Posiłek do (ś / o / k) | Data do (dd.mm) | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń stwierdzam, że wszyscy wymienieni zawodnicy, szkoleniowcy i osoby współpracujące brali udział w akcji jednostkowej.**

 **Kierownik akcji**

 ....................................................

 *czytelny podpis*

|  |
| --- |
| **Realizacja programu szkolenia sportowego** |
| Lp. | Data | I – Temat zajęć  | Czas [min] | Liczba Zaw. | II – Temat zajęć  | Czas [min] | Liczba Zaw. | III – Temat zajęć  | Czas [min] | Liczba Zaw. | Podpisy szkol. i osób wsp. |
|  |  | **SPOTKANIE ORGANIZACYJNE**Zapoznanie uczestników z regulaminem (przepisy BHP) oraz programem akcji. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Data | I – Temat zajęć | Czas [min] | Liczba Zaw. | II – Temat zajęć | Czas [min] | Liczba Zaw. | III – Temat zajęć | Czas [min] | Liczba Zaw. | Podpisy szkol. i osób wsp. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Rejestr zwolnień podczas akcji jednostkowej (kontuzja, choroba, inne)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię | Opis (opis i data zaistnienia kontuzji / choroby, wyjazdu, innych – podać jakie)  | Okres zwolnienia / nieobecności | Podpis |
|  |  |  |  |  |

Uwagi kontrolującego placówkę

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data kontroli | Nazwisko, imię i funkcja prowadzącego kontrolę | Uwagi i wnioski z przeprowadzonej kontroli |
|  |  |  |  |

Stwierdzam wykonanie pracy przez szkoleniowców/ osoby współpracujące i wnioskuję o wypłacenie wynagrodzenia w kwocie brutto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Czas pracy (h) | Wynagrodzenie brutto (zł) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………..…

*miejsce i data*

…….……………….………………… …….………………………….…………………

*Pion szkolenia MZSKF\*\*\* pieczątka i podpis Trenera Koordynatora*

Stwierdzam realizację programu szkolenia i zatwierdzam do wypłaty ww. kwoty wynagrodzenia

Kraków, ………………………

*data*

 …….………………………….…………………

*Pion szkolenia MZSKF*