



Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika obozu harcerskiego / kolonii zachowawczej / zimowiska

Obóz / zimowisko	SZCZEPU PUSZCZA	Adres / trasa obozu	SZKOŁA PODSTAWOWA w ŁOMNICY ZDROJU 33-350 ŁOMNICA ZDRÓJ 336
------------------	-----------------	---------------------	---

Termin obozu	5-11.02.2017R	Komendant	phm Ewa Rychtarczyk
--------------	---------------	-----------	---------------------

A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

Imię i nazwisko dziecka			
-------------------------	--	--	--

Data urodzenia dziecka	PESEL		
------------------------	-------	--	--

Adres zamieszkania			
--------------------	--	--	--

Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku			
---	--	--	--

Numer telefonu		e-mail	
----------------	--	--------	--

Oświadczenia Rodziców

Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie obozu.	Podpis rodzica lub opiekuna
---	-----------------------------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie danych osobowych moich i dziecka, którego jestem opiekunem, w tym danych wrażliwych (podanych w karcie kwalifikacyjnej) w celu organizacji i realizacji wypoczynku dziecka w ramach prowadzonej przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej działalności statutowej. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, iż administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla uczestnictwa dziecka w wypoczynku. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności Kuratorium Oświaty, Stacji Epidemiologicznej, Policji, Straży Pożarnej, a także innym podmiotom, którym dostęp do danych jest niezbędny w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka, takim jak firmy ubezpieczeniowe, czy placówki medyczne. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.	Podpis rodzica lub opiekuna
---	-----------------------------

Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w trakcie obozu w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej).	Podpis rodzica lub opiekuna
--	-----------------------------

Wyrażamy zgodę / nie wyrażamy zgody* na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora.	Podpis rodzica lub opiekuna
--	-----------------------------

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach (prosimy udzielić niezbędnej informacji)

Imię i nazwisko dziecka		Grupa krwi	
-------------------------	--	------------	--

Przebyte choroby (w którym roku życia):	odra	ospa wietrzna	różyczka
---	------	---------------	----------

szkarlatyna	WZW	astma	padaczka
-------------	-----	-------	----------

Inne (podać także trwające choroby przewlekłe)			
--	--	--	--

Dziecko przeszło szczepienia ochronne (rok)	teżec	błonica	dur
---	-------	---------	-----

inne			
------	--	--	--

U dziecka występują*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności bóle stawów, wymioty, inne:			
--	--	--	--

Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy			
--	--	--	--

Dziecko jest uczulone na:			
---------------------------	--	--	--

Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne:	Jazdę samochodem znosi	dobrze / źle*
--	------------------------	---------------

Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):			
--	--	--	--

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadry obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.			
---	--	--	--

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.	Podpis rodzica lub opiekuna
---	-----------------------------

* niepotrzebne skreślić



Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika obozu harcerskiego / kolonii zachowawczej / zimowiska

C. Pieczęć szkoły (obowiązkowo)

<i>pieczęć szkoły</i>

D. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Data Podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna</p>
--	---

E. Istotne informacje

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z i wobec tego do wiadomości komendy obozu załączam kopię stosownego orzeczenia.		<p>Data Podpis rodzica lub opiekuna</p>
Inne:	

F. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o dziecku podczas trwania wypoczynku

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Data Podpis wychowawcy-instruktora</p>
---	--

G. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek/ Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu*:	<p>15.01.2017</p> <p>Data Podpis kierownika wypoczynku</p>
---	---

H. Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Dziecko przebywało na obozie/kolonii w <u>Łomnicy Zdroju</u> od dnia do dnia 20..... r.	<p>22.02.2017</p> <p>Data Podpis kierownika wypoczynku</p>
--	---

I. Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku (zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Data Podpis podpis lekarza lub pielęgniarki sprawiającej opiekę medyczną podczas wypoczynku</p>
--	---

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

* niepotrzebne skreślić