

VI. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU

Postanawia się: 1. Zakwalifikować i skierować dziecko na obóz
 2. Odmówić skierowania dziecka na obóz ze względu:

.....
 Miejscowość, data podpis

VII. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYTU UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU

Uczestnik przebywał na obozie pod namiotami Hufca ZHP Oleśnica w Pobierowie przy ul. Polnej od dnia..... do dnia2017 r.

.....
 Miejscowość, data czytelny podpis kierownika wycieczki

VIII. INFORMACJA kierownika wycieczki O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA wycieczki w czasie trwania wycieczki oraz chorobach przebytych w jego trakcie (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

.....
 Miejscowość, data podpis kierownika wycieczki

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA OBOZU

.....

.....
 Miejscowość, data podpis wychowawcy-instruktora

(PIECZĄTKA ORGANIZATORA)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

I INFORMACJE ORGANIZATORA

1. Forma wycieczki: OBÓZ POD NAMIOTAMI
2. Adres: ul. Polna; 72-346 Pobierowo
3. Czas trwania wycieczki: 16-29.07.2017 r.

Oleśnica,.....2017r. (podpis organizatora)

II INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Imię i nazwisko dziecka
3. Data urodzenia.....
4. Adres zamieszkania.....

5. Nazwa i adres szkoły.....
 Klasa.....

Dane rodziców/opiekunów prawnych

6.	Imię i nazwisko		
7.	Adres zamieszkania lub pobytu		
8.	telefon		

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wycieczki dziecka w wysokości..... zł, słowniezł



9. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpisy **obojsza** rodziców lub opiekunów)

III INFORMACJA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny/okulary)

Czy dziecko ma uczulenia/alergie?	nie	tak (jakie):	
Jak dziecko znosi jazdę samochodem?	dobrze	źle	
Czy dziecko nosi okulary/szklę kontaktowe?	nie	tak	
Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa?	nie	tak	
Czy dziecko przyjmuje stałe leki?	nie	tak (jakie i w jakich dawkach):	

Pozostałe informacje:

.....
.....

Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec	błonica	dur
inne (jakie?)			

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wycieczki. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wycieczki.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Polskiego, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka i są one dla mnie zrozumiałe.

.....
Miejscowość, data

.....
podpisy rodziców/opiekunów prawnych

IV. ORZECZENIE LEKARZA

Po zbadaniu dziecka..... stwierdzam, że może/nie może ono być uczestnikiem: OBOZU POD NAMIOTAMI
Ewentualne uwagi lekarza (wskazania/przeciwwskazania)

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

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

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna)