

F. Dofinansowanie

(wypełniają rodzice, którzy zamierzają skorzystać z ewentualnego dofinansowania – pozostali wpisują tylko imię i nazwisko)

Dane o warunkach materialnych rodziny :

Oświadczamy, że nasza rodzina składa się z osób w tym uczących się dzieci.

Nasze miesięczne dochody wynoszą i proszę o dofinansowanie wyjazdu mojego dziecka:

	imię i nazwisko	nazwa zakładu pracy	dochód mies. / brutto /	Pieczęć zakładu pracy i podpis
Matka				
Ojciec				

G. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek/ Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu*:

.....

.....

(Data)

.....

(Podpis kierownika wypoczynku)

H. Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Dziecko przebywało na obozie/kolonii w (miejsce lub trasa)

..... od dnia do dnia r.

I. Informacje o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

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

.....

.....

.....

(Data)

.....

(Podpis wychowawcy-instruktora)

Okręg Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika oboza harcerskiego / kolonii zuchowej / zimowiska



Obóz:

Miejsce (trasa):

Rodzaj obozu:

Czas trwania: od do Komendant:

A. Wniosek rodziców (opiekunów) o skierowanie dziecka na obóz

1. Imię i Nazwisko dziecka

2. Data urodzenia..... PESEL

3. Adres zamieszkania

4. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku

..... telefon

5. Oświadczenie 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.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na gromadzenie i przetwarzanie przez ZHR moich danych osobowych wyłącznie w celu organizacji i realizacji wypoczynku naszego dziecka w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadom(a) faktu, że przysługuje mi prawo do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem mojego dziecka zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych ZHR. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie danych dziecka w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony jego zdrowia.*

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).

.....

(Data)

.....

(Podpis matki, ojca lub opiekuna)

* Niepotrzebne skreślić

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(proszę udzielić niezbędnej informacji)

1. Imię i nazwisko dziecka Grupa krwi

2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ospa wietrzna
różyczka..... świnka szkarlatyna WZW astma
padaczka alergie

inne (podać trwające choroby przewlekłe).....

3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec błonica

dur, inne

4. 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.....

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

6. Dziecko jest uczulone na

7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne

8. Jazdę samochodem znosi dobrze/źle*

9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie).....

10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:

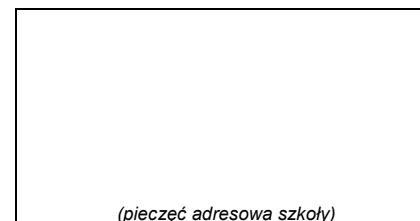
11. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi
diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich
informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam
informacje o dziecku które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w
czasie pobytu na obozie. 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.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które
mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku.

.....
(data)

.....
(Podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

C. Pieczęć szkoły poświadczająca zbiorowe ubezpieczenie NNW (obowiązkowo)



D. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

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

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

.....
(Data)

.....
(Podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

E. Istotne informacje

Istnieją orzeczone przez sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z
i wobec tego do wiadomości komendy obozu załączam kopię stosownego orzeczenia*

Inne:
.....
.....

.....
(Data)

.....
(Podpis matki, ojca lub opiekuna)