

Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

Forma wycieczki	ZIMOWISKO SZCZEPU SZAREJ SIÓDEMKI	Adres / trasa	OŚRODEK WCZASOWO REKOLEKCYJNY CARITAS W ZAKRZOWIE
Termin	18.02- 25.02.2018	Kierownik / komendant	PHM. JAN DZIADEK HR

A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz (kartę należy wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko dziecka			
Data urodzenia dziecka	PESEL	- - - - -	
Adres zamieszkania			
	imię i nazwisko	Telefon, e-mail	
Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych)			
Adres rodziców (opiekunów prawnych) dziecka			

Oświadczenia Rodziców

<i>Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie obozu.</i>	<i>Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych</i>
<i>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 wycieczki dziecka w ramach prowadzonej przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej działalności statutowej oraz dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)). Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 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 wycieczce. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.</i>	<i>Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych</i>
<i>Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości.</i>	<i>Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych</i>
<i>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).</i>	<i>Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych</i>
<i>Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego formie darowizny na działalność statutową organizatora w kwocie nie wyższej, niż 10% składki programowej.</i>	<i>Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych</i>

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

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 szczepienia ochronne (zgodnie z kartą szczepień)				
Inne ważne informacje (np. specjalna dieta):				
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 stałe nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne:			Jazdę samochodem znosi	dobrze / źle*
Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):				

* niepotrzebne skreślić

Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

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

Inne informacje dotyczące spraw wychowawczych

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 wycieczki. 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.

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

C. Istotne informacje

Istnieją / nie istnieją* orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia.

Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna

Inne:

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

D. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę / odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu*:

Data Podpis kierownika/komendanta wycieczki

E. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o uczestniku podczas trwania wycieczki

Data Podpis wychowawcy-instruktora

F. Potwierdzenie pobytu uczestnika na wycieczce

Uczestnik przebywał na wycieczce w od dnia do dnia 20..... r.

Data Podpis kierownika/komendanta wycieczki

G. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wycieczki (zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

Data Podpis osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki lub kierownika/komendanta wycieczki

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

* niepotrzebne skreślić