



Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski

(Pieczęćka środowiska)

Karta kwalifikacyjna uczestnika obozu harcerskiego / kolonii wycieczkowej / zimowiska / obozu wędrownego

Adres / trasa obozu	Ośrodek Wczasowy "Zbójnik" ul. Sądelska 34, 27a, 34-531 Murzasichle		
Termin obozu	5-12 lutego 2017 r.	Komendant	phm. Piotr Rząsa HR

A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

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

Oświadczenia Rodziców

<p>Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie obozu.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	Podpis rodzica lub opiekuna
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski z siedzibą przy ul. Grzegorzeckiej 45-47 w Krakowie 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 Okręg Małopolski działalności statutowej oraz dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (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 Okręg Małopolski z siedzibą przy ul. Grzegorzeckiej 45-47 w Krakowie. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla uczestnictwa dziecka w wypoczynku. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.</p>	Podpis rodzica lub opiekuna

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

Imię i nazwisko dziecka					
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)	tężec		błonica		dur
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 na stałe nosi* 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. Wyrażamy zgodę na sprawdzenie czystości skóry głowy.					Podpis rodzica lub opiekuna

* niepotrzebne skreślić

C. Pieczęć szkoły (obowiązkowo)

pieczęć szkoły

Informacja o specjalnych potrzebach wychowawczo-opiekuńczych uczestnika wycieczki, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:

Inne informacje dotyczące spraw wychowawczych:

D. Istotne informacje

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

TAK / NIE*

Inne:

Data Podpis rodzica lub opiekuna

Dane o warunkach materialnych rodziny: **(obowiązkowo wypełniają jedynie Ci Rodzice, którzy z uwagi na niedostatek chcieliby skorzystać z ewentualnych ulg)**

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

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ WYPEŁNIA ORGANIZATOR WYJAZDU**E. Decyzja o kwalifikacji uczestnika**

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

Data Podpis kierownika wycieczki

F. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o dziecku podczas trwania wycieczki z uwzględnieniem specjalnych potrzeb wychowawczo-opiekuńczych.

Data Podpis wychowawcy-instruktora

G. Potwierdzenie pobytu dziecka na wycieczce

Dziecko przebywało na zimowisku w Murzasichlu

od dnia 5 lutego do dnia 12 lutego 2017 r.

Data Podpis kierownika wycieczki

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

Data Podpis podpis lekarza lub pielęgniarki

I. Kontrola czystości włosów i skóry w czasie trwania wycieczki (stan czystości włosów i skóry)

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

Data Podpis podpis lekarza lub pielęgniarki

* niepotrzebne skreślić