



## Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna **pełnoletniego uczestnika** wycieczki

Forma wycieczki		Adres / trasa	
Termin		Kierownik / komendant	

### A. Wniosek o przyjęcie na wycieczkę (kartę należy wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko			
Data urodzenia		PESEL	-----
Adres zamieszkania			
	Imię i nazwisko	Telefon, e-mail	
Kontakt do najbliższego członka rodziny			

### Oświadczenia Uczestnika

<i>Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie obozu. Znam te zasady ideowe oraz wymagania regulaminowe obowiązujące w Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i zobowiązuję się do ich przestrzegania.</i>	<i>Czytelny podpis</i>
<i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych (podanych w karcie kwalifikacyjnej) w celu organizacji i realizacji wycieczki 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 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 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</i>
<i>Wyrażam zgodę na użycie mojego wizerunku do celów statutowych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których będę uczestniczył; 3) użycie mojego wizerunku, 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</i>
<i>Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem 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 na obóz, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej).</i>	<i>Czytelny podpis</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</i>

### B. Istotne informacje stan zdrowia (prosimy udzielić niezbędnej informacji)

Jestem uczulony na					
Choroby przewlekłe					
Na stałe zażywam leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):					
Przebyte szczepienia ochronne (rok)	tężec		błonica		dur
Inne szczepienia ochronne (zgodnie z kartą szczepień)					
Występują u mnie: 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 (zaznaczyć występujące)					
Na stałe noszę: okulary, aparat ortodontyczny, inne:				Jazdę samochodem znoszę	dobrze / źle*
W ostatnim roku przebywałem/łam w szpitalu (przyczyna)					
<i>W razie zagrożenia mojego życia i pozostawania w stanie nieświadomości, wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, inwazyjne zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielenie kadry obozu wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia. Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie mojego zdrowia, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wycieczki. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób. Przyjmuję do wiadomości wymóg poinformowania opieki medycznej i kadry obozu o stałym zażywaniu lub potrzebie zażywania leków.</i>	<i>Czytelny podpis</i>				

### C. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę / Odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu*:	
.....	Data podpis kierownika/komendanta wycieczki

### D. Potwierdzenie pobytu uczestnika na wycieczce

Uczestnik przebywał na wycieczce w .....	
od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.	Data podpis kierownika/komendanta wycieczki

\* niepotrzebne skreślić