

(pieczęć jednostki organizującej obóz)		Karta kwalifikacyjna pełnoletniego Harcera(ki) ZHR		KO'		
INFORMACJE O OBOZIE						
Rodzaj placówki wypoczynku *		Obóz		Obóz wędrowny		
		Zimowisko		Kolonia zuchowa		
Miejsce lub trasa obozu wędrownego		Górski Ośrodek Szkolno-Wypoczynkowy, "Pod Durbaszką"				
34-460 Szczawnica						
Czas trwania:	od	8.02.2014	do	16.02.2014		
(miejscowość, data)			(podpis komendanta)			
WNIOSEK O SKIEROWANIE NA OBÓZ						
Imię i Nazwisko				Data urodzenia		
Miejsce urodzenia				Nr ewidencyjny PESEL		
Adres zamieszkania						
			Telefon			
Adres osoby do kontaktu w czasie mojego pobytu na obozie						
Imię i Nazwisko				telefon		
Oświadczenie: Znana jest mi specyfika wychowania metodą zuchową/harcerską/wędrowniczą* i wyrażam zgodę na udział w zajęciach prowadzonych tą metodą. <u>Wyrażam zgodę</u> na gromadzenie i przetwarzanie przez Okręg Małopolski ZHR z siedzibą przy ul. Grzegórzeckiej 45-47 w Krakowie moich danych osobowych wyłącznie do celów organizacji i realizacji wypoczynku w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadom/-a faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z moim udziałem zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. <u>Zobowiązuje się</u> do uiszczenia składki programowej za pobyt na obozie w wysokości i terminie ustalonym przez organizatora. <u>Jestem świadomy/-a</u> , że rachunek za pobyt, mogę otrzymać po zwrocie organizatorowi dowodu potwierdzającego dokonanie przez mnie składki programowej (kwitu KP lub wydruku z banku). <u>Wyrażam zgodę</u> na to, aby w przypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się na obóz, została mi zwrócona wpłata pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki.						
Wyrażam	nie wyrażam*	zgody na pozostawienie organizatorowi środków pozostałych po obozie z przeznaczeniem na statutową działalność śródroczną.				
Dane o warunkach materialnych rodziny - obowiązkowo wypełniają jedynie Ci, którzy z uwagi na niedostatek chcieliby skorzystać z ewentualnych ulg – pozostali wypełniają jedynie Imię i Nazwisko.						
Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)			w tym		dzieci uczących się.	
	Imię i Nazwisko	nazwa Zakładu	dochód mies. /brutto/	Pieczęć zakładu pracy i podpis		
Matka						
Ojciec						
(miejscowość, data)						

				(podpis)	
INFORMACJA O ZDROWIU					
Imię i Nazwisko				grupa krwi	
Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec		błonica		dur
inne					
Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)		odra		ospa wietrzna	
świnka		szkarlatyna		WZW	astma
inne (podać trwające choroby przewlekłe)					
Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec		błonica		dur
inne					
Występują:*		padaczka, drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, bóle głowy, omdlenia, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności, bóle stawów, wymioty			
inne:					
Czy w ostatnim roku przebywałeś/-aś w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy?					
Jestem uczulony/-a na:					
Powinienem/-nam na stałe nosić:*		okulary, aparat ortodontyczny	inne:		
Jazdę samochodem znoszę:*	dobrze	źle	Inne informacje zdrowotne:		
Na stałe zażywam leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):					
Ze względów zdrowotnych nie spożywam następujących produktów:					
W razie zagrożenia życia zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielenie kadrze obozu wszelkich informacji o moim stanie zdrowia. Stwierdzam, że podałem/-am wszystkie znane mi informacje o mnie, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie mojego pobytu na obozie. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nieujawnionych chorób.					
(miejscowość, data)				(podpis)	
DECYZJE ORGANIZATORA					
Organizator postanawia przyjąć harcerza/-kę na obóz*		TAK	NIE	ze względu	
(miejscowość, data)				(podpis komendanta)	
KONTROLA CZYSTOŚCI (wykonana w pierwszym dniu akcji)					
Stan czystości skóry i włosów					
(miejscowość, data)				(podpis Opieki Medycznej)	
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE					
Zachorowania, urazy, leczenie					
(miejscowość, data)				(podpis Opieki Medycznej)	
POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA OBOZIE					
Uczestnik przebywał na obozie		od dnia		do dnia	
Opuścił placówkę w terminie wcześniejszym z powodu:					
Uwagi i spostrzeżenia komendanta o uczestniku podczas pobytu na placówce:					
(miejscowość, data)				(podpis Komendanta)	

* niepotrzebne skreślić