

(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		Obóz szczerpu 5KDH Wichry, Ruda Różaniecka 37-613 , nadleśnictwo Narol, woj. Podkarpackie nad rzeką Tanew, nr działki 2257 odzisiał 16 b			
Czas trwania:	od	9.07.2015		do	9.08.2015
(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. Jestem świadomy/-a, 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	
	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		różyczka	
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