

(pieczęć jednostki organizującej obóz)		Karta kwalifikacyjna Harcerza(ki) ZHR		KO	
INFORMACJE O OBOZIE					
Rodzaj placówki wypoczynku *		Obóz		Obóz wędrowny	
		Zimowisko		Kolonia zuchowa	
Miejsce lub trasa obozu wędrownego		Zespół Szkół im. Janusza Korczaka w Laskowej			
34-602 Laskowa 2					
Czas trwania:		od	23.01.2016	do	31.01.2016
(miejscowość, data)				(podpis komendanta)	
WNIOSEK RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA OBÓZ					
Imię i Nazwisko dziecka					Data urodzenia
Miejsce urodzenia				Nr ewidencyjny PESEL	
Adres zamieszkania					
				Telefon	
Adres Rodziców lub Opiekunów czasie pobytu dziecka na obozie					
Telefony:	komórkowy Matki		Komórkowy Ojca		pracy
Oświadczenie Rodziców lub Opiekunów:					
Znana jest nam specyfika wychowania metodą zuchową/harcerską/wędrowniczą* i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach prowadzonych tą metodą.					
Wyrażamy zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Okręg Małopolski ZHR z siedzibą przy ul. Grzegórzeckiej 45-47 w Krakowie naszych danych osobowych wyłącznie do celów organizacji i realizacji wypoczynku naszego dziecka w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczamy, że jesteśmy świadomi faktu, że przysługuje nam prawo wglądu do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażamy zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem naszego dziecka zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych dziecka w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.					
Zobowiązujemy się do uiszczenia składki programowej za pobyt dziecka na obozie w wysokości i terminie ustalonym przez organizatora. Jesteśmy świadomi, że rachunek za pobyt dziecka na obozie, możemy otrzymać po zwrocie organizatorowi dowodu potwierdzającego dokonanie przez nas składki programowej (kwitu KP lub wydruku z banku). Wyrażamy zgodę na to, aby w przypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz, została mi zwrócona wpłata pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki.					
Wyrażamy		nie wyrażamy*		zgody na pozostawienie organizatorowi środków pozostałych po obozie z przeznaczeniem na statutową działalność śródroczną.	
Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z*				Ojcem	Matką
i wobec tego do wiadomości komendy obozu załączam kopię stosownego orzeczenia*				TAK	NIE
Dane o warunkach materialnych rodziny - obowiązkowo wypełniają jedynie Ci Rodzice, 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 Rodzica lub Opiekuna)	
INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU					
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy-wypełnia rodzic lub opiekun)					
.....					
.....					
.....					
.....					
Miejscowość, data			podpis Wychowawcy, Rodzica lub Opiekuna		

SZKOŁA									
Imię i Nazwisko ucznia									
Klasa					Pieczęć Szkoły				
INFORMACJA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW O ZDROWIU DZIECKA									
Imię i Nazwisko dziecka						grupa krwi			
Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)				odra		ospa wietrzna		różyczka	
świnka		szkarlatyna		WZW		astma			
inne (podać trwające choroby przewlekłe)									
U dziecka 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 dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy?									
Dziecko jest uczulone na:									
Dziecko powinno stale nosić:*		okulary, aparat ortodontyczny			inne:				
Jazdę samochodem znosi:*		dobrze		źle		Inne informacje zdrowotne:			
Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):									
Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:									
W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielenie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nieujawnionych chorób. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli medycznej, podczas pobytu nie może zażywać żadnych leków.									
(miejscowość, data)						(podpis Rodzica lub Opiekuna)			
INFORMACJA O SZCZEPIENIACH									
Szczepienia ochronne (podać rok)		tężec				błonica			
inne									
(miejscowość, data)				(podpis Lekarza, Pielęgniarki, Rodzica lub Opiekuna)					
DECYZJE ORGANIZATORA									
Organizator postanawia przyjąć dziecko 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									
Organizator informuje Rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka									
(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