|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Krowa\Desktop\harcerskie-lato_zestawienie-pionowe-z-logo-zhp-KOLOR.png | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PESEL dziecka** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **nr karty członkowskiej ZHP** *(tylko członkowie ZHP)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku |

I. Informacja organizatora wypoczynku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Forma wypoczynku |  | | | |
| 2. Adres |  | | | |
| 3. Czas trwania wypoczynku | od |  | do |  |
| lub trasa obozu wędrownego |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis organizatora wypoczynku |

II. Wniosek rodziców (opiekunów) o skierowanie dziecka na wypoczynek

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko dziecka | | |  | | | | | | | | | | |
| 2. Data urodzenia | | |  | | | | | | | | | | |
| 3. Adres zamieszkania |  | | | | | | | Telefon | | |  | | |
| 4. Nazwa i adres szkoły |  | | | | | | | | | | | klasa |  |
| 5. Dane rodziców/ opiekunów prawnych | | Imię i nazwisko | | | |  | Imię i nazwisko | | | |  | | |
| Adres | |  | | | Adres | |  | | | | |
| Telefon | | |  | | Telefon | | |  | | | |

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości zł,

słownie: .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis matki, ojca lub opiekuna |

III. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Czy dziecko ma uczulenia/alergie?* | ***nie*** | ***tak, podaj jakie:*** | | *Jak dziecko znosi jazdę samochodem?* | ***dobrze*** | ***źle*** | | *Czy dziecko nosi okulary/szkła kontaktowe?* | ***nie*** | ***tak*** | | *Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa?* | ***nie*** | ***tak*** | | *Czy dziecko przyjmuje stale leki?* | ***nie*** | ***tak (podaj poniżej jakie i w jakich dawkach)*** |   Podaj pozostałe informacje: |

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis matki, ojca lub opiekuna |

IV. Informacja o szczepieniach

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczepienia ochronne (podać rok) | tężec |  | błonica |  | dur |  |
| inne (jakie?) |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna |

V. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy wypełnia rodzic lub opiekun

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna |

VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek

2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynku ze względu: .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis |

VII. Potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dziecko przebywało na *(forma i adres miejsca wypoczynku)* | |  | | |
| od dnia |  | | do dnia |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | czytelny podpis kierownika wypoczynku |

VIII. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wypoczynku

dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

|  |
| --- |
|  |

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku |

IX. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora  
o dziecku podczas trwania wypoczynku

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis wychowawcy-instruktora |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

Potwierdzamy, że niżej podpisani dysponują pełnią praw rodzicielskich w stosunku do dziecka/ (prosimy opisać sytuację w zakresie mogącym mieć znaczenie przy organizacji wypoczynku dziecka).

Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Polskiego, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu  
i ilości.

Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka, które są dla mnie zrozumiałe.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpisy rodziców/opiekunów prawnych |

Komenda Hufca ZHP Chorągwi ZHP w jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w karcie kwalifikacyjnej oraz w uwagach lekarza będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrwalać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych ZHP (art. 23, ust. 1, pkt 5 i art. 27, ust. 1, pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. – Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień ww. ustawy dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.