**Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej**

Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma | Obóz stały |  | Adres / trasa |  | Ostrowiec, jez. Tupadły |
| wypoczynku |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Termin obozu | 11-31 lipca 2017 r. |  |  | Kierownik / | Pwd. Robert Mayer HR |
|  |  |  | komendant |  |
|  |  |  |  |  |
| **A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz** (kartę należy wypełnić drukowanymi literami) |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko dziecka |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia dziecka |  |  | PESEL |  | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | imię i nazwisko |  |  | Telefon, e-mail |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane kontaktowe rodziców (opiekunów |  |  |  |  |  |  |  |
| prawnych) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres rodziców (opiekunów prawnych) dziecka |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Oświadczenia Rodziców** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych* |  |  |  |
| *prowadzonych tą metodą w trakcie obozu.* |  |  |  |  | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie danych osobowych* |  |  |  |
| *moich i dziecka, którego jestem opiekunem, w tym danych wrażliwych (podanych w karcie kwalifikacyjnej) w celu organizacji i realizacji* |  |  |  |
| *wypoczynku dziecka w ramach prowadzonej przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej działalności statutowej oraz dla potrzeb niezbędnych do* |  |  |  |
| *zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (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 29.08.1997 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 dziecka w wypoczynku. Dane osobowe mogą być udostępnione* |  |  |  |
| *podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.* | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i w konsekwencji powyższego* |  |  |  |
| *wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową* |  |  |  |
| *Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, 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.* | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka 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 dziecka na obóz, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie* |  |  |  |
| *więcej niż 50 % składki programowej).* |  |  |  |  | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego formie darowizny na działalność statutową organizatora w kwocie nie* |  |  |  |
| *wyższej, niż 10% składki programowej.* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
| **B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach** (prosimy udzielić niezbędnej informacji) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Przebyte choroby (w którym roku życia): | odra |  | ospa wietrzna |  | różyczka |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| szkarlatyna |  |  | WZW |  | astma |  | padaczka |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne (podać także trwające choroby przewlekłe) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecko przeszło szczepienia ochronne (rok) | tężec |  | błonica |  | dur |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne szczepienia ochronne (zgodnie z kartą |  |  |  |  |  |  |  |
| szczepień) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne ważne informacje (np. specjalna dieta): |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| U dziecka występują\*: 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: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, |  |  |  |  |  |  |
| podać przyczynę i kiedy |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecko jest uczulone na: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecko winno stale nosić okulary, aparat |  |  |  | Jazdę samochodem znosi |  | dobrze / źle\* |
| ortodontyczny, inne: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku |  |  |  |  |  |  |  |
| i zalecone dawkowanie): |  |  |  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej | ul. Litewska 11/13 | 00-589 Warszawa **str. 1**

**Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej**

Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

Inne informacje dotyczące spraw wychowawczych

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

|  |  |
| --- | --- |
| *Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki* |  |
| *w czasie trwania wypoczynku.* |  |
| *Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko,* |  |
| *bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.* | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |

**C. Istotne informacje**

|  |  |
| --- | --- |
| Istnieją / nie istnieją\* orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z ………………………………………… |  |
| i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia. | *Data, podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów* |
|  |  | *prawnych* |
|  | *……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………* |  |
| Inne: | *……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………* |  |
|  |  |
|  | *……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………* | *Podpisy OBOJGA rodziców/opiekunów prawnych* |
| **D. Decyzja o kwalifikacji uczestnika** |  |
|  |  |  |
| Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek / odmówić skierowania uczestnika |  |
| na wypoczynek ze względu\*: |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | *DataPodpis kierownika/komendanta* |
| … |
| *wpoczynku* |

**E. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o uczestniku podczas trwania wypoczynku**

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |  |
| *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* | *DataPodpis wychowawcy-instruktora* |

**F. Potwierdzenie pobytu uczestnika na wypoczynku**

|  |  |
| --- | --- |
| Uczestnik przewbywał na wypoczynku w …………………………………………….……………………………………... |  |
| od dnia ........................... | do dnia ............................ | 20…...... r. | *DataPodpis kierownika/komendanta* |
|  |  |  | *wpoczynku* |
| **G. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wypoczynku** (zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.) |

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka*** | *DataPodpis osoby sprawującej opiekę* |
| *medyczną podczas wypoczynku lub* |
|  |  | *kierownika/komendanta wypoczynku* |
| \* niepotrzebne skreślić | Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej | ul. Litewska 11/13 | 00-589 Warszawa | **str. 2** |