

X. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....
.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

XI. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

Oświadczenie Komendy Hufca/Chorągwi ZHP w Krakowie

Komenda Hufca/Chorągwi ZHP jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w pkt. 1-4 *Karty kwalifikacyjnej* oraz w uwagach lekarza, będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych ZHP (art. 23 ust. 1 pkt 5 i art. 27 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 29. sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych. - Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień ww. ustawy, dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

Kraków, dn.....

.....
(podpis komendanta hufca/chorągwi ZHP)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU HARCERSKIEJ AKCJI LETNIEJ I ZIMOWEJ ZWIĄZKU HARCERSTWA POLSKIEGO

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Organizator: *96 Szczep Niger*
2. Forma placówki wypoczynku: *Obóz stały pod namiotami*
3. Adres placówki: *Obóz Szczepu Niger nad jez. Dołgie
78-404 Szczecinek*
4. Czas trwania: *30.06-30.07 2015 roku*

Kraków, 27.03.2015r.

(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL dziecka
4. Adres zamieszkaniatelefon.....
5. Nazwa i adres szkołyklasa.....
6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:.....
.....
telefon.....
7. Imiona rodziców/opiekunów.....
8. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości

..... zł słowniezł.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis ojca, matki 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 ortodontyczny lub okulary, czy ma specjalną dietę)

.....
.....
.....
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.

.....
(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELEŃNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień
Szczepienia ochronne (podać rok): tężec....., błonica, dur, inne.....

.....
.....
.....

.....
(data i podpis pielęgniarki)

V. ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka stwierdzam, że może ono być uczestnikiem *Obozu stałego pod namiotami* organizowanego przez *96 Szczep Niger* w terminie *30.06-30.07.2015 nad jez. Dołgie*.

Ewentualne uwagi lekarza (wskazania, przeciwwskazania)

.....
.....
.....

.....,dn.....
(podpis i pieczęć lekarza)

VI. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka
.....
zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....,dn.....
(podpis rodziców lub opiekuna)

VII. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

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

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)

VIII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w *Obozie 96 Szczepu Niger nad jez. Dołgie w dniach 30.06-30.07.2015r.*
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

.....
.....
.....

.....
(data) (podpis)

IX. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na *Obozie 96 Szczepu Niger nad jez. Dołgie*

od dnia do dnia 2015r.

.....
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)