

## F. Dofinansowanie:

(obowiązkowo wypełniają jedynie ci rodzice którzy z uwagi na niedostatek chcieliby skorzystać z ewentualnego dofinansowania – pozostali wypełniają tylko imię i nazwisko)

Dane o warunkach materialnych rodziny :

Oświadczamy, że nasza rodzina składa się z ..... osób w tym ..... uczących się dzieci.

Nasze miesięczne dochody wynoszą i proszę o dofinansowanie wyjazdu mojego dziecka:

	imię i nazwisko	nazwa Zakładu	dochód mies. / brutto /	Pieczęć zakładu pracy i podpis
Matka				
Ojciec				

## G. Decyzja o kwalifikacji uczestnika i potwierdzenie pobytu dziecka na wypoczynku

Postanawia się zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek/ Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu\*:

.....

Dziecko przebywało na obozie/kolonii w .....  
od dnia ..... do dnia ..... 2 ..... r.

.....  
(Data)

.....  
(Podpis kierownika wypoczynku)

## H. Informacje 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)

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

.....  
.....

.....  
(Data)

.....  
(Podpis wychowawcy-instruktora)

# Okręg Mazowiecki Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej



## Karta kwalifikacyjna uczestnika Obozu harcerskiego / Kolonii zachowawczej / Zimowiska

.....  
(imię i nazwisko wypełnić drukiem )

**Obóz:** .....

**Miejsce:** .....

**Rodzaj obozu:** .....

**Czas trwania:** ..... **Komendant:** .....

## A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

1. Imię i Nazwisko dziecka .....

2. Data urodzenia..... PESEL .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku .....

..... telefon .....

5. Oświadczenie Rodziców:

*Znana jest nam specyfika wychowania metodą zachowawczą/harcerską\* i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach prowadzonych tą metodą.*

*Wyrażamy zgodę / nie wyrażamy zgody\* na gromadzenie i przetwarzanie przez Okręg Mazowiecki ZHR z siedzibą przy ul. Ursynowskiej 36/38 w Warszawie, naszych danych osobowych wyłącznie w celu organizacji i realizacji wypoczynku naszego dziecka w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczamy, że jesteśmy świadomi faktu, że przysługuje nam prawo 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.*

*Zobowiązujemy się do wpłaty należności za pobyt dziecka na obozie ustalonej przez organizatora. W wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz, zostanie zwrócona wpłata pomniejszona o realnie poniesione wydatki.*

*Wyrażamy zgodę / nie wyrażamy zgody\* na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora.*

.....  
(Data)

.....  
(Podpis matki, ojca lub opiekuna )

\* Niepotrzebne skreślić

## B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(proszę udzielić niezbędnej informacji)

1. Imię i nazwisko dziecka ..... Grupa krwi .....
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ..... ospa wietrzna .....  
różyczka..... świnka ..... szkarlatyna ..... WZW ..... astma .....  
padaczka ..... alergie .....
- inne (podać trwające choroby przewlekłe).....
3. Dziecko przeszło szczepienia ochronne (podać rok): tężec ..... błonica .....
- dur ....., inne .....
4. 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.....
5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy  
.....
6. Dziecko jest uczulone na .....
7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne .....\*
8. Jazdę samochodem znosi dobrze/źle\*
9. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie).....
10. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:  
.....
11. 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. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam  
informacje o dziecku które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w  
czasie pobytu na obozie. 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.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wycieczki.

.....  
(data)

.....  
(Podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

## C. Pieczęć szkoły (obowiązkowa).



## D. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

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

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

.....  
(Data)

.....  
(Podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

## E. Istotne informacje

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z ..... i wobec tego do wiadomości komendy obozu załączam kopię stosownego orzeczenia\*

Inne: .....  
.....  
.....

.....  
(Data)

.....  
(Podpis matki, ojca lub opiekuna)