

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania wycieczki.....
.....
.....

7. Nazwa i adres szkoły..... klasa.....

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

III. Informacje – (rodziców o stanie zdrowia dziecka) / (uczestnika pełnoletniego stanie zdrowia) *(niepotrzebne skreślić)* - dla komendanta obozu, kadry pedagogicznej i służby zdrowia

1. grupa krwi

2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ospa wietrzna różyczka
świnka szkarlatyna WZW choroby nerek (jakie)
choroby reumatyczne astma
padaczka
inne (podać trwające choroby przewlekłe).....
.....
.....
.....

3. U uczestnika obozu występują / nie występują *(niepotrzebne skreślić)*: 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
.....
.....
.....
.....

4a. Czy w ostatnim roku dziecko przyjmowało **anatoksynę tężcową** – jeśli tak, to kiedy?
.....
.....

4b. Czy w ostatnim roku dziecko przyjmowało **antytoksynę przeciw tężcową** – jeśli tak, to kiedy?
.....
.....

5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę oraz termin
.....
.....
.....

6. Dziecko jest uczulone na
7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny , inne
8. Jazdę samochodem znosi dobrze/źle *(niepotrzebne skreślić)*
9. Inne informacje zdrowotne
10. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie)
11. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:

IV Informacje o szczepieniach (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

Wzrost cm, waga kg, grupa dyspanseryjna

Szczepienia ochronne (**podać rok**): ospa , błonica ,
 BCG , dur , wzw , polio (typ)
 inne

Stan czystości skóry włosów

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (podpis lekarza, lub rodziców /prawnego opiekuna/pełnoletniego uczestnika obozu)

V. Oświadczenie - Rodziców uczestnika niepełnoletniego/Uczestnika pełnoletniego:

Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i chrześcijańską oraz wyrażam zgodę na udział (dziecka) / (swoją udział) *(niepotrzebne skreślić)* w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie obozu. Znane mi są także zasady ideowe oraz wymagania regulaminowe obowiązujące w Harcerstwie Rzeczypospolitej Polskiej - Bojowej Chorągwi Harcerskiej, a także regulaminy obowiązujące na obozie i (zobowiązuję do ich przestrzegania uczestnika obozu) / (zobowiązuję się do ich przestrzegania) *(niepotrzebne skreślić)*.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i gromadzenie danych osobowych uczestnika obozu, zawartych w karcie kwalifikacyjnej, przez Komendę Główną Harcerstwa Rzeczypospolitej Polskiej – Bojowej Chorągwi Harcerskiej z siedzibą przy ul. Brzegowej 17 w Krakowie, wyłącznie w celu organizacji i realizacji wypoczynku w ramach prowadzonej przez HRP-BCH działalności statutowej. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadom(a) faktu, że przysługuje mi prawo do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem uczestnika obozu, zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych HRP-BCH. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie danych uczestnika obozu zawartych w części II, III, IV, karty kwalifikacyjnej, w zakresie niezbędnym dla zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika obozu. (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (podpis /rodziców /prawnego opiekuna/pełnoletniego uczestnika obozu)

Vla. Oświadczenie rodziców niepełnoletniego uczestnika obozu dotyczące leczenia

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekuna)

*Nie istnieją/Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka zi wobec tego do wiadomości komendy obozu załączam kopię stosownego orzeczenia.

Vlb. Oświadczenie pełnoletniego uczestnika obozu dotyczące leczenia

W razie zagrożenia mego życia i pozostawania w stanie nieświadomości, wyrażam zgodę na inwazyjne zabiegi diagnostyczne i operacje. Wyrażam zgodę na udzielenie kadrze obozu informacji o stanie mego zdrowia. Stwierdzam, że podałam/podałem wszystkie znane mi informacje które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki medycznej w czasie pobytu na obozie. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób. Przyjmuję do wiadomości, wymóg poinformowania opieki medycznej i komendy obozu o stałym zażywaniu lub potrzebie zażywania leków.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

VII. Oświadczenie finansowe - Rodziców niepełnoletniego uczestnika/Pełnoletniego uczestnika:

Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z (uczestnictwem dziecka) / (moim uczestnictwem) *(niepotrzebne skreślić)* w działaniach programowych HRP-BCH w trakcie obozu w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 30 dni poprzedzających obóz lub (nie zgłoszenia się dziecka na obóz) / (moim nie zgłoszeniem się na obóz) *(niepotrzebne skreślić)*, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej).

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów obozu w wysokości:
1000zł - słownie: tysiąc złotych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis /rodziców /prawnego opiekuna/pełnoletniego uczestnika obozu)

VIII Informacje wychowawcy klasy o dziecku *(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy lub rodzica/ opiekuna)

IX. Decyzja Organizatora Obozu o zakwalifikowaniu uczestnika obozu do udziału w obozie

Postanawia się:

zakwalifikować i skierować uczestnika na obóz

odmówić skierowania uczestnika na obóz ze względu:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

X. Potwierdzenie przez Komendanta Obozu pobytu uczestnika obozu na obozie

Uczestnik przebywał

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) do dnia (dzień, miesiąc, rok)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Komendanta Obozu)

XI. Informacja Komendanta Obozu o stanie zdrowia uczestnika obozu w czasie trwania obozu oraz o chorobach przebytych w trakcie obozu:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Komendanta Obozu)

XII. Informacje o udzielonej w trakcie obozu pomocy lekarskiej

Zachorowania, urazy, leczenie:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wypoczynku)

XIII. Informacje i spostrzeżenia Wychowawcy - Instruktora dotyczące uczestnika obozu

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wychowawcy - instruktora)