



PESEL dziecka

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nr karty członkowskiej ZHP
(tylko członkowie ZHP)

Karta kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

I. Informacja organizatora wycieczki

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

miejsowość, data

podpis organizatora wycieczki

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

| | | |
|---|-----------------|-----------------|
| 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: .

miejsowość, 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 stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

| | | |
|---|---------------|---|
| Czy dziecko ma uczulenia/alergie? | <i>nie</i> | <i>tak, podaj jakie:</i> |
| Jak dziecko znosi jazdę samochodem? | <i>dobrze</i> | <i>źle</i> |
| Czy dziecko nosi okulary/szklę kontaktowe? | <i>nie</i> | <i>tak</i> |
| Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa? | <i>nie</i> | <i>tak</i> |
| Czy dziecko przyjmuje stałe leki? | <i>nie</i> | <i>tak (podaj poniżej jakie i w jakich dawkach)</i> |
| 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 wycieczki. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wycieczki. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

miejsowość, 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?) | | | | | |

miejsowość, 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

miejsowość, data

podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna

VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę
2. Odmówić skierowania dziecka na wycieczkę ze względu:

miejsowość, data

podpis

VII. Potwierdzenie pobytu dziecka na wycieczce

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

miejsowość, data

czytelny podpis kierownika wycieczki

VIII. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wycieczki

dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

miejsowość, data

podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki

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

miejsce, 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 wycieczki 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.

miejsce, 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, utrzymywać 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.