

8. Kwestie finansowe i oświadczenie rodzica (opiekuna):

Czy potrzebne jest wystawienie faktury? _____ tak, _____ nie
Jeśli tak podać dane na fakturę (co najmniej nazwę, nip i adres albo imię i nazwisko i adres):

Oświadczenie:

- wnioskuję o skierowanie dziecka na wypoczynek
- potwierdzam prawdziwość danych podanych w tej karcie,
- zgadzam się na przechowywanie i przetwarzanie tych danych przez Chorągiew Stołeczną ZHP na potrzeby organizacji i przeprowadzenia placówki wypoczynku oraz w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka
- oświadczam, że podałem/am wszystkie informacje (w szczególności dotyczące zdrowia), które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie,
- w razie zagrożenia życia mojego dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje,
- zapoznałem/am się z regulaminem obozu i go akceptuję,
- zobowiązuję się do uiszczenia kosztu obozu (kwoty podanej / ustalonej z organizatorem) na konto wskazane przez organizatora w podanym przez niego terminie (pod rygorem nieuczestniczenia dziecka w obozie).

_____ (data i podpis rodzica lub opiekuna)

9. Informacje dotyczące pobytu dziecka na zimowisku

Postanawia się [zakwalifikować i skierować / odmówić skierowania] dziecko na wypoczynek.
Oświadczam że dziecko [przebywało / nie przebywało] na obozie.

(niepotrzebne skreślić)

Uwagi: _____

_____ (data i podpis organizatora)

Informacje o stanie zdrowia, hospitalizacji lub odniesionych urazach w trakcie pobytu:

data	informacja	podpis organizatora, pielęgniarki, lekarza lub ratownika przedmedycznego



Karta kwalifikacyjna uczestnika wypoczynku

1. Informacje o placówce wypoczynku

Nazwa: Obóz Szczepu 21. WDH „Żar”, 2012 r. oraz obóz 21. WDH y i 21. WDW na Ukrainę

Forma: zgrupowanie obozów stałych, pod namiotami wędrowny pod namiotami

Termin: 12-24.07.2012 r.
24-31.07.2012 r.

Adres: ZHP Ośrodek Hufca Ziemi Sanockiej „BERDO” w Myczkowcach, 38-623 Uherce Mineralne
Trasa: Myczkowce – Husne Wyżne (Ukraina) – Użok – Sianki – Lwów – Przemyśl – Warszawa

Podobóz: 21.WDH y „Żbiki”

Oświadczenie: W imieniu Chorągwi Stołecznej ZHP oświadczam, że zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (dz.u. z 1997 nr 133, poz. 883), poniższe dane osobowe będą wykorzystywane i przetwarzane tylko w celu wykonania działań statutowych, a konkretnie w celu organizacji i przeprowadzenia tej placówki wypoczynku.

_____ (data i podpis organizatora)

2. Podstawowe informacje

Imiona i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: ____ . ____ . ____ r.

PESEL: _____

Miejsce urodzenia: _____

Imiona rodziców: _____

Adres zameldowania (wraz z kodem): _____

Adres zamieszkania (jeśli inny): _____

Kontakty do rodziców przed i podczas obozu (jeśli różne wyraźnie to oznaczyć): _____

Chcę / nie chcę (niepotrzebne skreślić) otrzymywać podczas obozu SMSy o jego przebiegu na nr: _____

Nazwa i adres szkoły: _____ **Klasa:** _____

3. Informacje o dokumentach

Paszport:

Seria i numer: _____
Ważny do: _____

Legitymacja szkolna numer:

Inne dokumenty uprawniające do zniżek (podać jaki dokument, numer i do jakiej zniżki i na co uprawnia):

4. Informacje rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

Dolegliwości, które występują u dziecka (zaznaczyć występujące):

<input type="checkbox"/> krwotoki z nosa,	<input type="checkbox"/> ataki duszności,	<input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi,	<input type="checkbox"/> cukrzyca,
<input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności,	<input type="checkbox"/> częste wymioty,	<input type="checkbox"/> omdlenia,	
<input type="checkbox"/> częste bóle brzucha,	<input type="checkbox"/> częste bóle głowy,	<input type="checkbox"/> bóle stawów,	<input type="checkbox"/> lęki nocne,
<input type="checkbox"/> przewlekły kaszel,	<input type="checkbox"/> moczenie nocne,	<input type="checkbox"/> choroba lokomocyjna,	<input type="checkbox"/> padaczka,
<input type="checkbox"/> szybkie męczenie się,	<input type="checkbox"/> nadpobudliwość lub trudności w koncentracji (w tym ADHD i ADD),		
<input type="checkbox"/> choroby skórne,	<input type="checkbox"/> duży lęk wysokości,	<input type="checkbox"/> wada wzroku (nosi okulary),	
<input type="checkbox"/> wada wzroku (nosi soczewki kontaktowe),	<input type="checkbox"/> wada wzroku (niekorygowana),		
<input type="checkbox"/> nosi aparat ortodontyczny,	<input type="checkbox"/> jest uczulone (podać na co):		

inne (wymienić): _____

Przebyte choroby (podać rok):

<input type="checkbox"/> zapalenie nerek,	<input type="checkbox"/> żółtaczka zakaźna,	<input type="checkbox"/> częste anginy,	
<input type="checkbox"/> zapalenie wyrostka robaczkowego,	<input type="checkbox"/> błonica,		
<input type="checkbox"/> dur brzuszny,	<input type="checkbox"/> zapalenie ucha,	<input type="checkbox"/> ospa,	<input type="checkbox"/> różyczka,

inne zakaźne: _____
inne: _____

Czy dziecko było leczone w szpitalu w ciągu ostatniego roku? tak, nie

Jeśli tak to z jakiego powodu? _____

Czy dziecko kiedykolwiek otrzymało surowicę? tak, nie

Jeśli tak to jaką i kiedy? _____

Przyjmowane na stałe leki (wymienić i podać dawki): _____

Czy ma też je przyjmować w trakcie obozu? tak, nie

Inne uwagi : _____

5. Badanie lekarskie

Po zbadaniu dziecka _____ stwierdzam, że może ono być uczestnikiem obozu pod namiotami.

Uwagi (wskazania i przeciwwskazania):

(pieczęć, data i podpis lekarza)

6. Informacja o szczepieniach:

Szczepienia (podać rok):

<input type="checkbox"/> błonica,	<input type="checkbox"/> tężec,	<input type="checkbox"/> WZW A,	<input type="checkbox"/> WZW B,
<input type="checkbox"/> BCG,	<input type="checkbox"/> polio,	<input type="checkbox"/> różyczka,	

inne: _____

Uwagi i spostrzeżenia:

(data i podpis pielęgniarki, lekarza, rodzica lub opiekuna)

7. Adnotacje organizatorów

