

## 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:

- zgadzam się na pobyt mojego dziecka na placówce wypoczynku,
- 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,
- 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 placówce wypoczynku

Oświadczam że dziecko [przebywało / nie przebywało] na placówce wypoczynku.

(niepotrzebne skreślić)

Uwagi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (data i podpis organizatora)

Informacje o stanie zdrowia lub odniesionych urazach w trakcie pobytu:

data	informacja	podpis pielęgniarki, lekarza lub ratownika przedmedycznego

Obóz 21. WDHy i 21. WDW „Skandynawia 2010”

Chorągiew Stołeczna ZHP

## Karta kwalifikacyjna uczestnika placówki wypoczynku



### 1. Informacje o placówce wypoczynku

**Nazwa:** Obóz 21. WDHy i 21. WDW „Skandynawia 2010”

**Podobóz:** 21. WDHy

**Forma:** obóz półwędrowny  
zagraniczny pod namiotami

**Termin:**  
23.07. - 9.08. 2010r.

**Trasa:** Warszawa – Bergen – Stanghelle  
– Dale – Oslo – Göteborg – Kinna –  
Apelhult – Kinna – Karlskrona – Gdynia  
– Warszawa

**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 lub dowód:

Seria i numer: \_\_\_\_\_  
Ważny do: \_\_\_\_\_  
paszport / dowód  
(niepotrzebne skreślić)

#### Legitymacja szkolna numer:

\_\_\_\_\_

#### EKUZ:

Numer: \_\_\_\_\_  
Ważna do: \_\_\_\_\_

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):

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

inne (wymienić): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Przebyte choroby (podać rok):

zapalenie nerek,  żółtaczka zakaźna,  częste anginy,  
 zapalenie wyrostka robaczkowego,  błonica,  
 dur brzuszny,  zapalenie ucha,  ospa,  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 „Skandynawia 2010”, organizowanego pod namiotami w Norwegii i Szwecji w ramach Akcji Letniej 2010.

#### Uwagi (wskazania i przeciwwskazania):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(pieczęć, data i podpis lekarza)

### 6. Informacja pielęgniarki (higienistki) szkolnej

#### Szczepienia (podać rok):

błonica,  tężec,  WZW A,  WZW B,  
 BCG,  polio,  różyczka,  
inne: \_\_\_\_\_

#### Uwagi i spostrzeżenia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(data i podpis pielęgniarki (higienistki))

### 7. Adnotacje organizatorów

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_