



# Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

## Karta kwalifikacyjna uczestnika szkolenia/kursu

|                  |  |                       |  |
|------------------|--|-----------------------|--|
| Forma wycieczki  |  | Adres / trasa         |  |
| Termin szkolenia |  | Kierownik / komendant |  |

### A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz (kartę należy wypełnić drukowanymi literami)

|   |                 |                 |       |
|---|-----------------|-----------------|-------|
| Imię i nazwisko dziecka                       |                 |                 |       |
| Data urodzenia dziecka                        |                 | PESEL           | ----- |
| Adres zamieszkania                            |                 |                 |       |
| Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych) | imię i nazwisko | Telefon, e-mail |       |
|   |                 |                 |       |
| Adres rodziców (opiekunów prawnych) dziecka   |                 |                 |       |

### Oświadczenia Rodziców

|  |   |
|--|---|
| Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie szkolenia/kursu.  | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie danych osobowych moich i dziecka, którego jestem opiekunem, w tym danych wrażliwych (podanych w karcie kwalifikacyjnej) w celu organizacji i realizacji wycieczki dziecka w ramach prowadzonej przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej działalności statutowej oraz dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)). Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, iż administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla uczestnictwa dziecka w wycieczce. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 4. 02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości.   | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w trakcie szkolenia w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej).   | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda pokusowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora w kwocie nie wyższej, niż 25% składki programowej.  | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |

### B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach (prosimy udzielić niezbędnej informacji)

|   |                        |               |               |  |
|---|------------------------|---------------|---------------|--|
| Przebyte choroby (w którym roku życia):   | odra                   | ospa wietrzna | różyczka      |  |
| szkarlatyna   | WZW                    | astma         | padaczka      |  |
| Inne (podać także trwające choroby przewlekłe)  |                        |               |               |  |
| Dziecko przeszło szczepienia ochronne (rok)   | tężec                  | blonica       | dur           |  |
| Inne szczepienia ochronne (zgodnie z kartą szczepień)   |                        |               |               |  |
| Inne ważne informacje (np. specjalna dieta):  |                        |               |               |  |
| 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: |                        |               |               |  |
| Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy  |                        |               |               |  |
| Dziecko jest uczulone na:   |                        |               |               |  |
| Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne:  | Jazdę samochodem znosi |               | dobrze / źle* |  |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecone dawkowanie):  |                        |               |               |  |



# Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

## Karta kwalifikacyjna uczestnika szkolenia/kursu

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

|   |  |
|---|--|
| Inne informacje dotyczące spraw wychowawczych |  |
|---|--|

|   |
|---|
| <b>W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze szkolenia/kursu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.</b> |
|---|

|   |   |
|---|---|
| Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wycieczki. 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. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
|---|---|

### C. Istotne informacje

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Istnieją / nie istnieją* orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z .....<br>i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia. | Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna |
|--|---------------------------------------|

|             |   |
|-------------|---|
| Inne: ..... | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
|-------------|---|

### D. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

|   |   |
|---|---|
| Postanawia się zakwalifikować i skierować uczestnika na wycieczkę / odmówić skierowania uczestnika na wycieczkę ze względu*:<br>..... | Data Podpis kierownika/komendanta wycieczki |
|---|---|

### E. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o uczestniku podczas trwania wycieczki

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | Data Podpis wychowawcy-instruktora |
|--|------------------------------------|

### F. Potwierdzenie pobytu uczestnika na wycieczce

|  |   |
|--|---|
| Uczestnik przebywał na kursie/szkoleniu w Bydgoszczy ul. Terasy 2, Siedziba ZHR Okręg Kujawsko-Pomorski) w dniu 31.10.2021 | Data Podpis kierownika/komendanta wycieczki |
|--|---|

### G. Informacje o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania wycieczki (zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

|  |   |
|--|---|
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | Data Podpis osoby sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki lub kierownika/komendanta wycieczki |
|--|---|

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

\* niepotrzebne skreślić