

(pieczęć jednostki organizującej obóz)		Karta kwalifikacyjna pełnoletniego Harcerza(ki) ZHR		KO'
INFORMACJE O OBOZIE				
Rodzaj placówki wypoczynku *		Obóz		Obóz wędrowny
		Zimowisko		Kolonia-zuchowa
Miejsce lub trasa obozu wędrownego		Zespół Szkół im. Janusza Korczaka w Laskowej		
34-602 Laskowa 2				
Czas trwania:	od	23.01.2016	do	31.01.2016
(miejscowość, data)		(podpis komendanta)		
WNIOSEK O SKIEROWANIE NA OBÓZ				
Imię i Nazwisko				Data urodzenia
Miejsce urodzenia		Nr ewidencyjny PESEL		
Adres zamieszkania				
			Telefon	
Adres osoby do kontaktu w czasie mojego pobytu na obozie				
Imię i Nazwisko		telefon		
Oświadczenie: Znana jest mi specyfika wychowania metodą zuchową/harcerską/wędrowniczą* i wyrażam zgodę na udział w zajęciach prowadzonych tą metodą. <u>Wyrażam zgodę</u> na gromadzenie i przetwarzanie przez Okręg Małopolski ZHR z siedzibą przy ul. Grzegórzeckiej 45-47 w Krakowie moich danych osobowych wyłącznie do celów organizacji i realizacji wypoczynku w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadom/-a faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z moim udziałem zebranych w trakcie pobytu na obozie w celach promocyjnych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. <u>Zobowiązuje się</u> do uiszczenia składki programowej za pobyt na obozie w wysokości i terminie ustalonym przez organizatora. Jestem świadom/-a, że rachunek za pobyt, mogę otrzymać po zwrocie organizatorowi dowodu potwierdzającego dokonanie przez mnie składki programowej (kwitu KP lub wydruku z banku). <u>Wyrażam zgodę</u> na to, aby w przypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się na obóz, została mi zwrócona wpłata pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki.				
Wyrażam	nie wyrażam*	zgody na pozostawienie organizatorowi środków pozostałych po obozie z przeznaczeniem na statutową działalność śródroczną.		
Dane o warunkach materialnych rodziny - obowiązkowo wypełniają jedynie Ci, którzy z uwagi na niedostatek chcieliby skorzystać z ewentualnych ulg – pozostali wypełniają jedynie Imię i Nazwisko.				
Liczba osób na utrzymaniu rodziców (opiekunów)			w tym	dzieci uczących się.
	Imię i Nazwisko	nazwa Zakładu	dochód mies. /brutto/	Pieczęć zakładu pracy i podpis
Matka				
Ojciec				
(miejscowość, data)		(podpis)		

INFORMACJA O ZDROWIU					
Imię i Nazwisko				grupa krwi	
Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec		błonica		dur
inne					
Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)		odra		ospa wietrzna	różyczka
świnka		szkarlatyna		WZW	astma
inne (podać trwające choroby przewlekłe)					
Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec		błonica		dur
inne					
Występują:*		padaczka, drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, bóle głowy, omdlenia, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności, bóle stawów, wymioty			
inne:					
Czy w ostatnim roku przebywałeś/-aś w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy?					
Jestem uczulony/-a na:					
Powinienem/-nam na stałe nosić:*		okulary, aparat ortodontyczny	inne:		
Jazdę samochodem znoszę:*	dobrze	źle	Inne informacje zdrowotne:		
Na stałe zażywam leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):					
Ze względów zdrowotnych nie spożywam następujących produktów:					
W razie zagrożenia życia zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażam zgodę na udzielenie kadry obozu wszelkich informacji o moim stanie zdrowia. Stwierdzam, że podałem/-am wszystkie znane mi informacje o mnie, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie mojego pobytu na obozie. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nieujawnionych chorób.					
(miejscowość, data)		(podpis)			
DECYZJE ORGANIZATORA					
Organizator postanawia przyjąć harcerza/-kę na obóz*		TAK	NIE	ze względu	
(miejscowość, data)		(podpis komendanta)			
KONTROLA CZYSTOŚCI (wykonana w pierwszym dniu akcji)					
Stan czystości skóry i włosów					
(miejscowość, data)		(podpis Opieki Medycznej)			
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA W CZASIE POBYTU NA OBOZIE					
Zachorowania, urazy, leczenie					
(miejscowość, data)		(podpis Opieki Medycznej)			
POTWIERDZENIE POBYTU UCZESTNIKA NA OBOZIE					
Uczestnik przebywał na obozie	od dnia		do dnia		
Opuścił placówkę w terminie wcześniejszym z powodu:					
Uwagi i spostrzeżenia komendanta o uczestniku podczas pobytu na placówce:					
(miejscowość, data)		(podpis Komendanta)			

* niepotrzebne skreślić