

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Proszę wypełnić wszystkie pola

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki:

Obóz Stacjonarny

2. Termin wycieczki 29.06.2025 – 13.07.2025

3. Adres wycieczki, miejsce lokalizacji wycieczki:

Harcerski Ośrodek Wodny w Poraju

ul. Wojska Polskiego 69 42- 360 Poraj

.....

.....

(miejsowość, data)

(podpis organizatora wycieczki)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona i nazwiska rodziców

.....

3. Data urodzenia:Miejsce Urodzenia

4. Adres zamieszkania

5. Szkoła (w roku szkolnym 2024-2025) :

.....klasa :

5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców

.....

6. Numer telefonu rodziców lub numer telefonu osoby wskazanej przez pełnoletniego uczestnika wycieczki, w czasie trwania

wycieczki

.....



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

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wycieczki, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

9. Informacja o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec błonica

dur inne:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r. poz. 2135, z późn.zm.)).

.....
(data)

.....
(podpis rodziców /pełnoletniego uczestnika wycieczki)

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie wycieczki. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób dziecka. Wyrażam zgodę na ewentualne zabiegi i leczenie szpitalne w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców /pełnoletniego uczestnika wycieczki)

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych moich i dziecka oraz ich wprowadzanie do systemów informatycznych do celów niezbędnych do realizacji zadania, monitoringu, ewaluacji i kontroli (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2015r. poz. 2135 z późn. zm.). Przysługuje mi prawo wglądu do danych moich i dziecka oraz ich poprawiania.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców /pełnoletniego uczestnika wycieczki)

Proszę wypełnić wszystkie zielone pola

ZAŁĄCZNIK DO KARTY KWALIFIKACYJNEJ NIEPEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

numer PESEL uczestnika wycieczki

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Imię (imiona) i nazwisko

--

II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 3000,00 zł, słownie: trzy tysiące zł 00/100.
2. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka na obozie żeglarskim w Harcerskim Ośrodku Wodnym w Poraju w terminie .
3. Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na obozie w Harcerskim Ośrodku Wodnym w Poraju.
4. Oświadczam, dziecko przyjmuje na stałe następujące leki:

Nazwa leku	Ile razy dziennie	Pora podania leku	Dawka

Na dowód konieczności przyjmowania wymienionych leków załączam odpowiednie zaświadczenie lekarskie. Jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki (w przypadku ich zażywania przez dziecko na stałe) w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego obozu w Harcerskim Ośrodku Wodnym w Poraju i jednocześnie przekazuję je wychowawcy.

5. Oświadczam, że w razie zagrożenia życia i zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.

.....

(data)

.....

(podpis rodziców /pełnoletniego uczestnika wycieczki)