

6. Informacja o szczepieniach lub na podst. ks. zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

wzrost	cm	waga	kg	grupa dyspanseryjna
szczepienia ochronne (podać rok):		tężec		błonica
dur		inne (np. pneumokoki)		
stan czystości skóry		włosów		
podpis i pieczęć pielęgniarki				

7. Zbiorowe ubezpieczenie NNW

Potwierdzam, że składka za zbiorowe ubezpieczenie NNW za rok _____ została opłacona za drużynę _____

, której członkiem jest _____

pieczęćka drużyny

czytelny podpis drużynowego

8. Wynik kontroli czystości w trakcie trwania obozu /kolonii

podpis

9. Informacja o udzielonej w trakcie obozu /kolonii pomocy lekarskiej

Zachorowania, urazy, leczenie* _____

* wypełnia lekarz podczas wizyty

pieczęć i podpis

Karta Kwalifikacyjna

uczestnika obozu harcerskiego /
~~kolonii~~ **kolonii** ~~zuchowej~~



OKRĘG POMORSKI ZHR

(pieczęć jednostki organizującej obóz)

Imię i nazwisko	
-----------------	--

1. INFORMACJE DLA RODZICÓW

Organizator obozu	62 Gdańska Drużyna Harcerzy 6 Gdańska Drużyna Harcerek		
20 Gdańska Drużyna Harcerek, 89 Gdańska Drużyna Harcerzy			
Rodzaj obozu	stały	Czas trwania	(02.07)06-25.07.2015
Miejsce (trasa) obozu	Potęgowo k. Linii		
Informacje dot. obozu /kolonii można uzyskać pod nr telefonu			
Komendanta	hm. Artur Nowak	Telefon	607 343 135
Drużynowego	pwd. Filip Kula	Telefon	781 252 666

2. Wniosek o skierowanie dziecka na obóz /kolonię

Imię i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Oddział NFZ	
Adres zamieszkania	
Adres rodziców podczas pobytu dziecka na obozie /kolonii	
tel. dom	
tel. praca	
tel. kom	

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Znana jest nam specyfika wychowania metodą ~~zuchową~~ harcerską* i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach prowadzonych tą metodą. Wyrażamy zgodę/ nie wyrażamy zgody* na gromadzenie i przetwarzanie przez Okręg Pomorski ZHR z siedzibą przy ul. Zator Przytockiego 4 w Gdańsku naszych danych osobowych wyłącznie w celu organizacji i realizacji wypoczynku naszego dziecka w ramach prowadzonej przez ZHR działalności statutowej. Jednocześnie oświadczamy, że jesteśmy świadomi faktu, że przysługuje nam prawo do tych danych osobowych i ich poprawiania. Wyrażamy zgodę na bezpłatne wykorzystanie materiałów audiowizualnych z udziałem naszego dziecka zebranych w trakcie pobytu.

miejscowość i data

*niepotrzebne skreślić

podpisy Rodziców

OŚWIADCZENIE FINANSOWE RODZICÓW

Zobowiązujemy się do uiszczenia odpłatności ustalonej przez organizatora za pobyt dziecka na obozie/~~kolonii~~*. W przypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wyjazd (lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz/~~kolonię~~*) poniesiemy 25% jego kosztów. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie jako darowiznę niewykorzystanej części mojej wpłaty na pracę śródroczną drużyny harcerskiej/~~szkolonej~~*

miejsce i data

*niepotrzebne skreślić

podpisy Rodziców

3. Decyzje Organizatora

Komenda obozu/~~kolonii~~* postanawia:

przyjąć dziecko na obóz/~~kolonię~~ za odpłatnością _____ zł

zwolnić dziecko z odpłatności z powodu _____

odmówić przyjęcia dziecka na obóz/~~kolonię~~* ze względu _____

data

*niepotrzebne skreślić

podpis

4. Potwierdzenie pobytu na obozie /~~kolonii~~

Komenda potwierdza, że dziecko wzięło udział w całym obozie/~~kolonii~~

dziecko opuściło obóz/~~kolonię~~ w terminie wcześniejszym, w dniu _____

przezywając na nim _____ z powodu _____

Uwagi o pobycie _____

data

*niepotrzebne skreślić

podpis komendanta

KARTA ZDROWIA DZIECKA

5. Informacje Rodziców dla komendanta, kadry i służby zdrowia

Imię i nazwisko dziecka _____ grupa krwi _____
Przebyte choroby (podać, w którym roku życia) odra _____ ospa wietrzna _____
świnka _____ różyczka _____ szkarlatyna _____ padaczka _____
WZW (jaki - A,B czy C) _____ Jeśli B lub C to czy jest nosicielem antygenu _____
choroby nerek (jakie) _____ choroby reumatyczne _____
astma _____ inne (podać trwające choroby przewlekłe) _____

U dziecka występują* drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, ból brzucha. krwawienie z nosa. częste anginy. duszności. bóle stawów. wymioty. inne _____

Czy dziecko w ostatnim roku przyjmowało antytoksynę przeciwżółciową - jeśli tak, to kiedy? _____

Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu - jeśli tak, to podać kiedy i z jakiego powodu _____

Dziecko jest uczulone na _____

Dziecko winno stałe nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne* _____

Jazdę samochodem znosi dobrze / źle* Inne informacje zdrowotne _____

Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie) _____

Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów _____

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu z dzieckiem z _____ i wobec tego do wiadomości komendy załączam

kopię stosownego orzeczenia _____

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadry obozu/~~kolonii~~* wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie /~~kolonii~~*. 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 na obozie/~~kolonii~~* nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.

miejsce i data

*niepotrzebne skreślić

podpisy Rodziców