



PESEL dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## Karta kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

### I. Informacja organizatora wycieczki

|                           |  |              |    |               |
|---------------------------|--|--------------|----|---------------|
| 1. Forma wycieczki        | Półkolonie Komendy Hufca ZHP „Mazowsze” Mińsk Mazowiecki |              |    |               |
| 2. Adres                  | Ul. Kościelna 3, 05-300 Mińsk Mazowiecki                 |              |    |               |
| 3. Czas trwania wycieczki | od   | 7.08.2017 r. | do | 11.08.2017 r. |

|  |
|--|
|  |
|--|

miejsowość, data

|  |
|--|
|  |
|--|

podpis organizatora wycieczki

### II. Wniosek rodziców (opiekunów) o skierowanie dziecka na wycieczkę

|                                      |                 |  |         |                 |  |
|--------------------------------------|-----------------|--|---------|-----------------|--|
| 1. Imię i nazwisko dziecka           |                 |  |         |                 |  |
| 2. Data urodzenia                    |                 |  |         |                 |  |
| 3. Adres zamieszkania                |                 |  | Telefon |                 |  |
| 4. Nazwa i adres szkoły              |                 |  | klasa   |                 |  |
| 5. Dane rodziców/ opiekunów prawnych | Imię i nazwisko |  |         | Imię i nazwisko |  |
|                                      | Adres           |  |         | Adres           |  |
|                                      | Telefon         |  |         | Telefon         |  |

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości  zł, słownie:  .

|  |
|--|
|  |
|--|

miejsowość, data

|  |
|--|
|  |
|--|

podpis matki, ojca lub opiekuna

### III. Oświadczenia i zgody

1. Oświadczam, iż stan zdrowia mojego dziecka pozwala na uczestnictwo w Półkoloniach organizowanych przez Komendę Hufca ZHP „Mazowsze” Mińsk Mazowiecki
2. Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka przed zajęciami organizowanymi przez KH ZHP „Mazowsze” Mińsk Mazowiecki, jak też po ich zakończeniu.
3. Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka, które są dla mnie zrozumiałe.
4. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** \* na samodzielny powrót mojego dziecka do domu. Do odbioru mojego dziecka po zajęciach upoważniam następujące osoby:

.....  
imię i nazwisko, numer dowodu osobistego, telefon

.....  
imię i nazwisko, numer dowodu osobistego, telefon

.....  
imię i nazwisko, numer dowodu osobistego, telefon

Wymienione osoby biorą na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu odebrania go z zajęć w ramach Półkolonii.

5. Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach w terenie, wycieczkach, spacerach, biwaku pod namiotami i innych formach zajęć organizowanych przez KH ZHP „Mazowsze” Mińsk Mazowiecki w ramach Półkolonii.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.
7. Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na:
  - 1) fotografowanie mojego dziecka;
  - 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko;
  - 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Polskiego, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zmianami), bez ograniczeń co do czasu i ilości.

miejscowość, data

podpisy rodziców/opiekunów prawnych

Komenda Hufca ZHP „Mazowsze” Mińsk Mazowiecki Chorągwi Mazowieckiej ZHP w Płocku jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w karcie kwalifikacyjnej oraz w uwagach lekarza będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych ZHP (art. 23, ust. 1, pkt 5 i art. 27, ust. 1, pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. - Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień ww. ustawy dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

\*niepotrzebne skreślić

#### IV. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| Czy dziecko ma uczulenia/alergie?                             | <i>nie</i>    | <i>tak, podaj jakie:</i>                            |
| Jak dziecko znosi jazdę samochodem?                           | <i>dobrze</i> | <i>źle</i>  |
| Czy dziecko nosi okulary/szklka kontaktowe?                   | <i>nie</i>    | <i>tak</i>  |
| Czy dziecko przed wyjazdem było na przeglądzie u stomatologa? | <i>nie</i>    | <i>tak</i>  |
| Czy dziecko przyjmuje stałe leki?                             | <i>nie</i>    | <i>tak (podaj poniżej jakie i w jakich dawkach)</i> |
| <b>Podaj pozostałe informacje:</b>                            |               |   |
|   |               |   |
| Szczepienia ochronne (podać rok)                              | tężec         | błonica   |
|   | inne (jakie?) | dur   |

Stwierdzam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wycieczki. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wycieczki. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

miejsce, data

podpis matki, ojca lub opiekuna

#### WYPEŁNIA ORGANIZATOR

#### VI. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

**Postanawia się:**

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wycieczkę
2. Odmówić skierowania dziecka na wycieczkę ze względu:



miejsce, data

podpis

## VII. Potwierdzenie pobytu dziecka na wycieczce

---

|  |         |
|--|---------|
| Dziecko przebywało na ( <i>forma i adres miejsca wycieczki</i> ) |         |
| od dnia  | do dnia |

miejsowość, data

czytelny podpis kierownika wycieczki

## VIII. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie trwania wycieczki

---

*dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.*

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

miejsowość, data

podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas wycieczki

## IX. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o dziecku podczas trwania wycieczki

---

miejsowość, data

podpis wychowawcy-instruktora