

## DODATKOWA KARTA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(odcinek dla Hufca)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Imiona i nazwiska:  
ojca lub opiekuna prawnego ..... tel. ....  
matki lub opiekuna prawnego ..... tel. ....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców lub opiekunów prawnych w czasie wypoczynku uczestnika .....
- .....
6. Nr karty członkowskiej (dot. członka ZHP) .....

### II. Oświadczenia i zgody.

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ..... zł słownie złotych: .....
2. Stwierdzam, że podałam(em) w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia zdrowia/życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Aby personel medyczny obozu, mógł podać leki podopiecznym, wymagane jest dostarczenie przez państwa zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego przyjmowanie na stałe leków wraz z podaniem ich dawkowania.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez personel medyczny w trakcie trwania obozu, organizowanego przez Hufiec ZHP „Mazowsze” w dniach 02-29.07.2018r., okresowej kontroli stanu zdrowia oraz higieny osobistej mojego dziecka (w tym także sprawdzania w razie konieczności głowy dziecka)
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Warunkami uczestnictwa w wypoczynku”.
5. Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego i w konsekwencji powyższego, wyrażam zgodę na:
  - fotografowanie mojego dziecka,
  - rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko.
  - 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 zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

## DODATKOWA KARTA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

(odcinek dla rodzica/opiekuna)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
3. Imiona i nazwiska:  
ojca lub opiekuna prawnego ..... tel. ....  
matki lub opiekuna prawnego ..... tel. ....
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców lub opiekunów prawnych w czasie wypoczynku uczestnika .....
- .....
6. Nr karty członkowskiej (dot. członka ZHP) .....

### II. Oświadczenia i zgody.

1. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości ..... zł słownie złotych: .....
2. Stwierdzam, że podałam(em) w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie wypoczynku. Jeśli moje dziecko przyjmuje leki, informuję, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całego wypoczynku. W razie zagrożenia zdrowia/życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Aby personel medyczny obozu, mógł podać leki podopiecznym, wymagane jest dostarczenie przez państwa zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego przyjmowanie na stałe leków wraz z podaniem ich dawkowania.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez personel medyczny w trakcie trwania obozu, organizowanego przez Hufiec ZHP „Mazowsze” w dniach 02-29.07.2018r., okresowej kontroli stanu zdrowia oraz higieny osobistej mojego dziecka (w tym także sprawdzania w razie konieczności głowy dziecka)
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Warunkami uczestnictwa w wypoczynku”.
5. Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Polskiego i w konsekwencji powyższego, wyrażam zgodę na:
  - fotografowanie mojego dziecka,
  - rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Polskiego, także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko.
  - 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 zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)