IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....

.....

……,dn…… .....
(miejscowość, data) (podpis wychowawcy-instruktora)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pobieram/nie pobieram* zasiłek rodzinny na syna/córkę* ……

…… oraz moje dziecko korzystało / nie korzystało*

z dofinansowania na „Zieloną Szkołę" w roku szkolnym ……/……..
* niepotrzebne skreślić

……, dn. …… ……
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.
Potwierdzamy, że niżej podpisani dysponują pełnią praw rodzicielskich w stosunku do dziecka/(prosimy opisać sytuację w zakresie mogącym mieć znaczenie przy organizacji wypoczynku dziecka).

.....

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.
Oświadczam, że znam i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka, które są dla mnie zrozumiałe.

……, dn. …… ……
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

DEKLARACJA UCZESTNIKA

Podczas wypoczynku będę przestrzegał obowiązujących regulaminów i włączę się w realizację programu wypoczynku.

……
(podpis uczestnika wypoczynku)

OŚWIADCZENIE KOMENDY HUFCA ZHP W CZĘSTOCHOWIE

Komenda Hufca ZHP Częstochowa jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w karcie kwalifikacyjnej oraz w uwagach lekarza będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrwalać 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.

Częstochowa, dn. …… ……
(podpis komendanta Hufca ZHP)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Śląska
HUFIEC CZĘSTOCHOWA
ul. Wilsona 34 tel.: +48 343871019
42-201 Częstochowa fax.: +48 34360619
www.czestochowa.zhp.pl
hufiec@czestochowa.zhp.pl
Konto bankowe: Bank PKO B.P. 95 1020 1664 0000 3402 0019 4878

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku Wakacyjna Szkoła Magii i Czarodziejstwa

2. Adres Harcerski Ośrodek Szkoleniowo – Wypoczynkowy „Pająk"

3. Czas trwania od 13.07 do 26.07.2015r.

4. Trasa obozu wędrownego.....

Częstochowa, dn. ..... ……
(podpis organizatora wypoczynku)

II a. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka.....

2. Data urodzenia.....miejsce urodzenia .....

PESEL dziecka											
nr karty członkowskiej ZHP *(tylko członkowie ZHP)*											

3.Adres zamieszkania: ul. ..... nr lokalu ……

kod pocztowy ..... miejscowość .....

gmina …… telefon .....

4. Nazwa i adres szkoły: ……

……klasa .....

5. Nazwiska i imiona rodziców/opiekunów: ojciec …… matka ……

6.Adres rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na wypoczynku: ……

.....telefon.....

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

słownie .....

……, dn. ..... ….. .....
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

II b. DEKLARACJA RODZICÓW

W przypadku drastycznego naruszenia regulaminu obowiązującego podczas wypoczynku zobowiązujemy się do natychmiastowego odebrania dziecka z miejsca wypoczynku po wcześniejszym ustaleniu z kierownikiem. Organizator i opiekunowie nie ponoszą odpowiedzialności za cenne przedmioty przywiezione przez uczestników wypoczynku (m.in. telefony komórkowe, laptopy, aparaty, biżuteria).

……, dn. .... ……. .....

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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

.....

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że podałam (-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania 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 ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

..... ……

(data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur .....,

inne .....

....

(data) (podpis pielęgniarki, lekarza lub rodzica/opiekuna)

V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic/opiekun)

.....

.....

.....

.....

..... ……

(data) (podpis wychowawcy lub rodzica/opiekuna)

VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

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

.....

....

(data) (podpis)

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres wypoczynku)

od dnia …… do dnia …… ……r.

…… .....

(data) (czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

……dn. ....

(miejscowość, data) (podpis lekarza lub pielęgniarki)