**Z w i ą z e k** **H a r c e r s t w a** **P o l s k i e g o**

**1 3 W o ł o m i ń s k a D r u ż y n a H a r c e r s k a**

**M H u f i e c** **W o ł o m i n**



**BIWAK**

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**CZĘŚĆ A**

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Rodzaj placówki wypoczynku: **biwak**
2. Adres placówki**: Szkolne Schronisko Młodzieżowe, ul. Białego Zagłębia 1,   
   26-060 Chęciny**
3. Czas trwania: **od 30 kwietnia do 3 maja 2016 r**
4. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA BIWAK
   1. Imię i nazwisko dziecka: .................................................................................................

2. Data urodzenia: ...................................... 3. Nr PESEL dziecka: ........................................

1. Przynależność do Narodowego Funduszu Zdrowia: .............................................................
2. Adres zamieszkania, kod pocztowy, telefon: ......................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

1. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku: .....................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

Telefon: ..............................................

7.Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 300,00 zł (słownie: trzysta złotych) najpóźniej do 23 kwietnia 2016r.

............................................... ......................................................

(data) (podpis: matki, ojca, opiekuna)

1. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub załączenie xero książeczki zdrowia

z aktualnym wpisem szczepień – wtedy wpisujemy poniżej „zgodnie z kalendarzem szczepień”

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec................................................................................................................................

błonica..............................................................................................................................

dur...................................................................................................................................

.................................. ..............................................................

(data) (podpis: matki, ojca, opiekuna)

IV. INFORMACJE O STANIE DZIECKA W CZASIE POBYTU NA PLACÓWCE WYPOCZYNKU

1. Zachorowania , urazy , leczenie: ......................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.................................. ..............................................................

(data) (podpis lekarza/pielęgniarki)

**BIWAK**

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**CZĘŚĆ B**

1. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU
   1. Imię i nazwisko dziecka: ...*..............................................................................................*
   2. U dziecka występowały w ostatnim roku, lub występują obecnie: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia częste bóle głowy, leki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa przewlekający się kaszel (lub katar, anginy) duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkanie i inne:

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

* 1. Dziecko jest\*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka ...................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

* 1. Dziecko jest uczulone \*: TAK, NIE (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

* 1. Dziecko nosi\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty ...........................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

* 1. Dziecko zażywa stale leki: jakie?

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

1. Jazdę samochodem znosi\*: DOBRZE , ŹLE
2. Inne uwagi o zdrowiu dziecka: ........................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

**W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi**

**diagnostyczne, operacje.**

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, która mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na biwaku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (dz.u.nr. 133 poz.883).

............................................ .............................................................

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

Oświadczenie 13 Wołomińskiej Drużyny Harcerskiej

ZHP jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w pkt. 1-4 ***Karty*** oraz w uwagach lekarza, będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrwalać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych ZHP (art. 23 ust. l pkt. 5 i art. 27 ust. l pkt 4 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień ww. ustawy, dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych