



BIWAK
KARTA KWALIFIKACYJNA
CZĘŚĆ A

I. INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI WYPOCZYNKU

1. Rodzaj placówki wypoczynku: **biwak**
2. Adres placówki: **Dom Rekolekcyjny**, ul. Jana Pawła II 1, 07-221 Brańszczyk
3. Czas trwania: **od 1 do 3 maja 2015 r**

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA BIWAK

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia: 3. Nr PESEL dziecka:
4. Przynależność do Narodowego Funduszu Zdrowia:
5. Adres zamieszkania, kod pocztowy, telefon:

.....
.....

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

.....
.....

Telefon:

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 150,00 zł. (słownie: sto pięćdziesiąt złotych 0/100 gr.) najpóźniej do 28 kwietnia 2014 r.

.....
(data)

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

III. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH lub załączenie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień – wtedy wpisujemy poniżej „zgodnie z kalendarzem szczepień”

Szczepienia ochronne (podać rok):

- tężec,
błonica,
dur,

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki/rodzica/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

I. 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, jękanie i inne:
.....
.....
3. Dziecko jest*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka
4. Dziecko jest uczulone *: TAK, NIE (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu)
.....
5. Dziecko nosi*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne aparaty
6. Dziecko zażywa stale leki: jakie?
.....
7. Jazdę samochodem znosi*: DOBRZE , ŹLE
8. 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, które 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 **Karcie kwalifikacyjnej**, 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 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.