

X. Potwierdzenie pobytu.

Dziecko przebywało na obozie w terminie 19 lipca - 3 sierpnia 2014

Przerwanki, 3 sierpnia 2014

miejsowość, data

podpis komendanta obozu

XI. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu na obozie

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

miejsowość, data

podpis lekarza lub pielęgniarki

XII. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy na obozie

Przerwanki, 3 sierpnia 2014

miejsowość, data

podpis wychowawcy (instruktora)



Związek Harcerstwa Polskiego

Szczep Józefów im. por. Roberta Georgea Hamiltona

Mirosław Grodzki, tel. 695.890.366

Karta kwalifikacyjna uczestnika

I. Informacja organizatora

1. Forma wypoczynku

1 Obóz pod namiotami

2. Termin

2 19 lipca - 3 sierpnia 2014

3. Adres

3

Baza Obozowa Hufca ZHP Otwock w Przerwankach
powiat Węgorzewo, 11-610 POZEZDRZE

II. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka

4

Data ur.

5

Dzień

Miesiąc

Rok

6. Miejsce urodzenia

6

e-mail

7

adres zamieszkania

telefon

8

nazwa i adres szkoły, klasa

imię i nazwisko wychowawcy

III. Dane rodziców (opiekunów)

Ojciec:

e-mail

9

imię i nazwisko, adres zamieszkania

telefon

nazwa i adres miejsca pracy

telefon

Matka:

e-mail

10

imię i nazwisko, adres zamieszkania

telefon

nazwa i adres miejsca pracy

telefon

IV. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka:

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:

<input type="checkbox"/> częste bóle brzucha	<input type="checkbox"/> krwotoki z nosa	<input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/> omdlenia
<input type="checkbox"/> częste bóle głowy	<input type="checkbox"/> ataki duszności	<input type="checkbox"/> szybkie męczenie się	<input type="checkbox"/> cukrzyca
<input type="checkbox"/> przewlekły kaszel	<input type="checkbox"/> częste wymioty	<input type="checkbox"/> lęki nocne	<input type="checkbox"/> padaczka
<input type="checkbox"/> astma	<input type="checkbox"/> bóle stawów	<input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności	<input type="checkbox"/> moczenie nocne

inne (wymienić): _____

2. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa: _____

3. Na co dziecko jest uczulone? _____

4. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze źle (Jeżeli źle, należy koniecznie wyposażyć dziecko w lek na chorobę lokomocyjną)

5. Nr. PESEL dziecka:

6. Czy dziecko nosi okulary: nie tak soczewki kontaktowe nie tak

7. Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka: aparat ortodontyczny nie tak

Jeżeli dziecko przyjmuje leki, to muszą one być przekazane kadrze obozu w zapakowanym i podpisanym opakowaniu razem z informacją jak je należy podawać. Dziecko nie może samo zażywać żadnych leków.

V. Oświadczenie rodziców (opiekunów)

Stwierdzam, że zostały przekazane wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki oraz zgadzam się na leczenie dziecka w czasie wypoczynku

Proszę o skierowanie dziecka na wypoczynek. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za pobyt oraz składek harcerskich przed wyjazdem. Znam Regulamin Uczestnika.

Mam świadomość, że nieprzestrzeganie go przez dziecko może skutkować jego usunięciem z obozu. W takim wypadku zobowiązuję się do osobistego odbioru dziecka.

Zgadzam się na publikację wizerunku mojego dziecka w materiałach pochodzących z obozu. Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej.

Uwaga. Przed wypełnieniem karty należy zarejestrować dziecko na wyjazd poprzez wypełnienie formularza na stronie internetowej www.zhp.michalin.pl lub kontakt telefoniczny na numer podany na pierwszej stronie.

miejsowość, data

podpisy rodziców

VI. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

W przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun

Zainteresowania:

W jakich działaniach dziecko czuje się najlepiej?

Osiągnięcia w szkole

miejsowość, data

podpis wychowawcy lub rodzica (opiekuna)

VII. Informacja o szczepieniach

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec	błonica	dur	inne		
_____	_____	_____	_____	_____	_____

miejsowość, data

podpisy rodziców lub lekarza lub pielęgniarki

IX. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawiam zakwalifikować dziecko na obóz

Józefów, lipca 2014

miejsowość, data

podpis komendanta obozu