



Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika szkolenia/kursu

| | | | |
|------------------|----------------------------|-----------------------|--|
| Forma wycieczki | Szkolenie/kurs HOPR | Adres / trasa | Bydgoszcz - Terasy 2 Siedziba ZHR Okręg Kujawsko-Pomorski |
| Termin szkolenia | 31.10.2021 | Kierownik / komendant | phm. Dawid Grabowski HR |

A. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz (kartę należy wypełnić drukowanymi literami)

| | | | |
|---|-----------------|-----------------|-------|
| Imię i nazwisko dziecka | | | |
| Data urodzenia dziecka | | PESEL | ----- |
| Adres zamieszkania | | | |
| Dane kontaktowe rodziców (opiekunów prawnych) | imię i nazwisko | Telefon, e-mail | |
| | | | |
| Adres rodziców (opiekunów prawnych) dziecka | | | |

Oświadczenia Rodziców

| | |
|--|---|
| Oświadczam, że znana jest mi specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie szkolenia/kursu. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie danych osobowych moich i dziecka, którego jestem opiekunem, w tym danych wrażliwych (podanych w karcie kwalifikacyjnej) w celu organizacji i realizacji wycieczki dziecka w ramach prowadzonej przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej działalności statutowej oraz dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)). Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) informujemy, iż administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13 w Warszawie. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla uczestnictwa dziecka w wycieczce. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka do celów statutowych Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej i w konsekwencji powyższego wyrażam zgodę na: 1) fotografowanie mojego dziecka; 2) rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie moje dziecko; 3) użycie wizerunku mojego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 Ustawy z dnia 4. 02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2006, nr 90, poz. 631 ze zm.), bez ograniczeń co do czasu i ilości. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Zobowiązuję się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w trakcie szkolenia w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażam zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających obóz lub nie zgłoszenia się dziecka na obóz, została mi zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50 % składki programowej). | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |
| Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda pokusowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora w kwocie nie wyższej, niż 25% składki programowej. | Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych |

B. Informacje rodziców o stanie zdrowia dziecka i szczepieniach (prosimy udzielić niezbędnej informacji)

| | | | | |
|---|------------------------|---------------|---------------|--|
| Przebyte choroby (w którym roku życia): | odra | ospa wietrzna | różyczka | |
| szkarlatyna | WZW | astma | padaczka | |
| Inne (podać także trwające choroby przewlekłe) | | | | |
| Dziecko przeszło szczepienia ochronne (rok) | tężec | blonica | dur | |
| Inne szczepienia ochronne (zgodnie z kartą szczepień) | | | | |
| Inne ważne informacje (np. specjalna dieta): | | | | |
| U dziecka występują*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, angina, duszności, bóle stawów, wymioty, inne: | | | | |
| Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy | | | | |
| Dziecko jest uczulone na: | | | | |
| Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne: | Jazdę samochodem znosi | | dobrze / źle* | |
| Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie): | | | | |

