



Związek Harcerstwa
Rzeczypospolitej

Karta kwalifikacyjna uczestnika wycieczki

I. Informacje o wyjeździe – wypełnia komendant/ka:

Forma:	Obóz stały pod namiotami	Adres / trasa / kraj:	Międzylesie nad j. Strzeszyn (53.623261, 16.436337)
Termin:	14.07-3.08.2025	Komendant/ka:	Maciej Urbanowicz

II. Informacje dotyczące uczestnika wycieczki – wypełniają rodzice / opiekunowie prawni

– prosimy uzupełnić wszystkie szare pola i pisać DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię / Imiona:																											
Nazwisko:																											
PESEL:							Data urodzenia (format: DD-MM-RRRR):																				
Ulica, nr domu i nr mieszkania:																											
Kod pocztowy:				-				Miejscowość:																			

Dane kontaktowe rodziców / opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego	Numer telefonu	Adres e-mail
Adres pobytu rodziców/ opiekunówprawnych w trakcie wyjazdu - jeżeli jest taki sam, jak adres podany powyżej, prosimy wpisać "jw":		

Informacje o stanie zdrowia dziecka:

Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):	Dziecko jest uczulone na:	
Informacje o diecie, chorobie lokomocyjnej, chorobach przewlekłych, przebytej hospitalizacji z podaniem przyczyny i terminu (jeśli miała ona miejsce w minionym roku), używaniu aparatu ortodontycznego, okularów; występowaniu drgawek, utraty przytomności, zaburzeń równowagi, omdleń, lęków nocnych, moczenia, duszności oraz inne istotne informacje o zdrowiu:		
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych dziecka, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym:		
Szczepienia ochronne (proszę podać rok szczepienia):		
Tężec:	Błonica:	Inne szczepienia:

Inne istotne informacje – pole opcjonalne (jeśli nie dotyczy, proszę wpisać „nd”):

Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z i wobec tego do wiadomości organizatora załączam kopię stosownego orzeczenia.
Inne istotne informacje:

Opcjonalne zgody rodziców / opiekunów prawnych – prosimy wpisać X w odpowiednim kwadracie:

	TAK	NIE
Wyrażamy zgodę na przetwarzanie podanych w karcie kwalifikacyjnej danych osobowych naszych i dziecka, którego jesteśmy prawnymi opiekunami, zgodnie z zawartą w niniejszej karcie informacją i w wymienionych w niej celach. Podanie danych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zakwalifikowania uczestnika na wycieczkę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażamy zgodę na fotografowanie naszego dziecka oraz rejestrowanie audiowizualne wszystkich działań związanych z działalnością statutową Związku Harcerstwa Rzeczypospolitej także tych, w których uczestniczyć będzie nasze dziecko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażamy zgodę na użycie wizerunku naszego dziecka, w związku z działalnością statutową prowadzoną przez Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej, w celach informacyjno-promocyjnych, na wszystkich polach eksploatacji wymienionych w art. 50 ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r., nr 90, poz. 631 z późn. zm.) bez ograniczeń co do czasu i ilości (np. na publikację na prowadzonej przez ZHR – stronie internetowej, w mediach społecznościowych – w ramach promocji drużyny, szczepu itp.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obowiązkowe oświadczenia i zgody rodziców / opiekunów prawnych:

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki uczestnictwa naszego dziecka w w/w wypoczynku w podanym terminie i miejscu.		
Oświadczamy, że znana jest nam specyfika wychowania metodą harcerską i wyrażamy zgodę na udział dziecka w zajęciach programowych prowadzonych tą metodą w trakcie wypoczynku. Zapoznałem się również z regulaminem wyjazdu udostępnionym mi wraz z kartą kwalifikacyjną.		
Oświadczamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka , które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania wypoczynku. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków. Wyrażamy zgodę na przeglądy czystości głowy naszego dziecka przed wyjazdem i podczas wypoczynku.		
Zobowiązujemy się do uiszczenia składki programowej związanej z uczestnictwem dziecka w działaniach programowych ZHR w wysokości ustalonej przez organizatora. Wyrażamy zgodę na to, aby w wypadku rezygnacji w okresie 21 dni poprzedzających wypoczynek lub nie zgłoszenia się dziecka na wypoczynek, została nam zwrócona składka programowa pomniejszona o poniesione przez organizatora wydatki (stanowiące nie więcej niż 50% tej składki).		
Wyrażamy zgodę na pozostawienie organizatorowi salda poobozowego w formie darowizny na działalność statutową organizatora (w przypadku, gdy kwota ta będzie wyższa niż 10% składki programowej, zostanie ona zwrócona niezależnie od niniejszej zgody).		
<p>Administratorem danych osobowych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Północno-Zachodni z siedzibą przy ul. Felczaka 17/U1, 71-417 Szczecin. Współadministratorem tych danych jest Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej (ZHR) z siedzibą przy ul. Litewskiej 11/13, 00-589 Warszawa. ZHR Okręg Północno-Zachodni jest jednostką organizacyjną ZHR. Podane dane osobowe będą przetwarzane na potrzeby oraz w celu: przyjęcia zgłoszenia, zorganizowania i zrealizowania wypoczynku, dokonania niezbędnych rozliczeń, ewaluacji, archiwizacji kart kwalifikacyjnych itp. oraz zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zg. z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.). Informacje o ograniczeniach prawnych kontaktu dziecka z innymi osobami (jeśli takie istnieją) przetwarzane będą w celu realizowania orzeczonego zakazu w czasie opieki nad uczestnikiem, którego dane dotyczą. Imię, nazwisko, PESEL oraz dane kontaktowe będą również przetwarzane celem aktualizacji tych danych w kartotekach członków ZHR. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c), f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000). W przypadku danych o zdrowiu dziecka, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych, podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.</p> <p>Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie: osoby, których dane dotyczą; członkowie ZHR odpowiedzialni za wypoczynek i działalność jednostki organizacyjnej uczestnika; podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług, gdy ich realizacja tego wymaga (np. ubezpieczyciel). Dane przetwarzane dla celów związanych z realizacją wypoczynku będą przetwarzane przez czas organizacji, trwania i rozliczania danego wypoczynku, natomiast dane przetwarzane dla celów rozliczeń i archiwizacji będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami państwowymi oraz instrukcjami wewnętrznymi ZHR.</p> <p>Uczestnik (jego pełnoprawny opiekun) posiada prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (jeżeli została wyrażona) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.</p>		
Data:		Czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych:

III. Decyzja o kwalifikacji uczestnika (wypełnia komendant/ka) Postanawia się (proszę wybrać właściwe):

- zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek
 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu:

Data: _____ Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku): _____

IV. Potwierdzenie pobytu uczestnika w miejscu wypoczynku (wypełnia komendant/ka)

Uczestnik przebywał na (nazwa, adres miejsca)

od dnia do dnia 20 .. r.

Data: _____ Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku): _____

V. Informacje o stanie zdrowia uczestnika podczas wypoczynku (chorobach, urazach, leczeniu itp.)

Brak zdarzeń medycznych / Wystąpiły następujące zdarzenia medyczne:*

Data: _____ Podpis komendanta/ki (kierownika wypoczynku): _____

VI. Informacje i spostrzeżenia wychowawcy o uczestniku podczas trwania wypoczynku (wypełnia wychowawca)

Brak uwag / Poczyniono następujące spostrzeżenia:*

Data: _____ Podpis wychowawcy: _____

* - niepotrzebne skreślić