

## H. Informacja o stanie zdrowia dziecka w czasie pobytu w placówce wypoczynku

Organizator informuje rodziców (opiekunów) o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

Wpisać dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

miejsowość, data, podpis

WYPELNIŃ LECARZ PLACÓWKI WYPOCZYNKU

## I. Potwierdzenie pobytu dziecka na placówce wypoczynku

Dziecko przebywało na

data, czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku

od dnia

do dnia

WYPELNIŃ ORGANIZATOR

## J. Potwierdzenie dokonania wpłaty

Kwota

Nr KP

Data, podpis

## K. Oświadczenie Komendy Hufca / Chorągwi ZHP

Komenda Hufca/Chorągwi ZHP jako administrator danych oświadcza, że dane osobowe dziecka zawarte w niniejszej karcie 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 o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. - Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883), przy zachowaniu postanowień w/w ustawy, dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

miejsowość, data  
podpis komendanta Hufca/Chorągwi

WYPELNIŃ ORGANIZATOR

Adnotacje

WYPELNIŃ RODZICE (OPIEKUNOWIE)

Związek Harcerstwa Polskiego

# KARTA

## KWALIFIKACYJNA uczestnika wypoczynku

CHORĄGIEW ZACHODNIOPOMORSKA ZHP  
KOMENDA BAŁTYCKIEGO HUFCA  
MORSKIEGO

ul. Słowińców 1, 78-100 Kołobrzeg  
tel 094 352 21 14

NIP 851-30-10-025 REGON 320356373

(pieczęć adresowa organizatora)

### A. Informacja organizatora

Forma placówki

1 RAJD HARCERSKI

Termin

2 30.06. - 11.07. 2015 r.

Adres placówki (trasa obozu wędrownego)

3 CZĘSTOCHOWA - NIROW - OJCOW - KRAKÓW

### B. Wniosek rodziców (opiekunów)

#### o skierowanie dziecka na placówkę wypoczynku

Imię i nazwisko dziecka

1

Data urodz.

DZIEŃ

MIESIĄC

ROK

Miejsce urodzenia

Nazwa lub nr kasy chorych

2a

2b

4

Adres zamieszkania, telefon

3

Nazwa i adres szkoły, klasa

6 Nr PESEL

5

Adres rodziców (opiekunów) podczas pobytu dziecka na placówce, telefon

7

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów), miejsce zatrudnienia:

ojciec

matka

8

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka na placówce wypoczynku w wysokości złotych:

słownie złotych:

do dnia

pod rygorem nieuczestnictwa dziecka w placówce wypoczynku

miejsowość, data, podpis rodzica lub opiekuna

Wpłata zaliczki

Kwota / Nr KP

9

© 2001 Poczta Harcerska Szczecin II • 71-431 Szczecin, ul. M. Oglińskiego 15, tel. 091 422 19 81, fax 091 48 77 456 • e-mail: poczta@zhp.inet.pl • http://www.zhp.inet.pl

WZÓR KARTY ZGODNY Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI PAŃSTWOWYMI I WEWNĄTRZORGANIZACYJNYMI ZHP