|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL uczestnika** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nr członkowski****w Ewidencji ZHP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  |
| Karta kwalifikacyjna uczestnika formy HALiZ innej niż wypoczynek |

I. Informacje dotyczące formy HALiZ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Forma HALiZ | Zimowisko 12 prac Asterixa |
| 2. Termin  | od  | 19.02.2020r | do | 23.02.2020r. |
| 3. Adres, miejsce lokalizacji formy HALiZ | Szkoła Podstawowa, ul. Szkolna 10, 78-123 Siemyśl |

|  |  |
| --- | --- |
| Kołobrzeg 21.02.2020r.  |  |
| miejscowość, data | podpis organizatora formy HALiZ |  |

II. Informacje dotyczące uczestnika formy HALiZ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko uczestnika |  |
| 2. Rok urodzenia uczestnika |  |
| 3. Adres zamieszkania |  |
| 4. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika formy HALIZ, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym, które powinny zostać przekazane kadrze HALIZ z uwagi na bezpieczeństwo i zdrowie uczestnika formy HALIZ. |  |
| Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika formy HALIZ, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary), które powinny zostać przekazane kadrze HALIZ z uwagi na bezpieczeństwo i zdrowie uczestnika formy HALIZ. |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Czy uczestnik ma uczulenia/alergie?* | ***nie*** | ***tak (podaj poniżej, jakie)*** |
| *Jak uczestnik znosi jazdę samochodem?* | ***dobrze*** | ***źle*** |
| *Czy uczestnik nosi okulary/szkła kontaktowe?* | ***nie*** | ***tak*** |
| *Czy uczestnik przyjmuje stale leki?*Podaj pozostałe informacje: | ***nie*** | ***tak (podaj poniżej, jakie i w jakich dawkach)*** |

 |
| o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień) |
| Szczepieniaochronne(podać rok) | tężec |  | błonica |  | dur |  |
| inne (jakie?) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpisy rodziców lub opiekuna prawnego |  |

III. Decyzja organizatora formy HALIZ o zakwalifikowaniu uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować jako uczestnika na formę HALIZ

2. Odmówić skierowania na formę HALIZ ze względu:

 .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | odpis organizatora formy HALiZ |  |

IV. Potwierdzenie pobytu w formie HALIZ

|  |  |
| --- | --- |
| Uczestnik przebywał na *(forma HALiZ i adres)* |  |
| od dnia |  | do dnia |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | odpis organizatora formy HALiZ |  |

V. Informacja organizatora formy HALIZ o stanie zdrowia uczestnika w czasie trwania formy HALIZ oraz o przebytych chorobach

dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.

|  |
| --- |
|  |

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas formy HALIZ |  |

**VI. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia**

- Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości zł,

słownie:

* Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie HALiZ.
* Oświadczam, dziecko przyjmuje na stałe następujące leki:

w dawkach:

(na dowód czego załączam odpowiednie zaświadczenie lekarskie) oraz, że jako rodzic/opiekun wyposażam dziecko w odpowiednie leki (w przypadku ich zażywania przez dziecko na stałe) w ilości niezbędnej do podania podczas trwania całej formy HALiZ i jednocześnie przekazuję je opiekunowi/wychowawcy/pielęgniarce\*.

* Oświadczam, że w razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość, data | podpisy rodziców lub opiekuna prawnego |  |