



PESEL uczestnika

nr członkowski
w Ewidencji ZHP

Karta kwalifikacyjna uczestnika formy HALiZ innej niż wypoczynek

I. Informacje dotyczące formy HALiZ

1. Forma HALiZ	Obóz Swarzędzkiego Szczepu Harcerskiego i 434 PDH Orejana		
2. Termin	od	08.07.2019	do 23.07.2019
3. Adres, miejsce lokalizacji formy HALiZ	Nowa Brda woj. pomorskie, nad jez. Babinko		

--	--

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 stałe 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?	<i>nie</i>	<i>tak (podaj poniżej, jakie)</i>
Jak uczestnik znosi jazdę samochodem?	<i>dobrze</i>	<i>źle</i>
Czy uczestnik nosi okulary/szklą kontaktowe?	<i>nie</i>	<i>tak</i>
Czy uczestnik przyjmuje stale leki?	<i>nie</i>	<i>tak (podaj poniżej, jakie i w jakich dawkach)</i>
Podaj pozostałe informacje:		
o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień)		
Szczepienia ochronne (podać rok)	tężec	błonica
	inne (jakie?)	dur

--	--

miejsowość, data

podpis matki, ojca lub opiekuna
podpis pełnoletniego uczestnika

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:

miejsowość, data	podpis

IV. Potwierdzenie pobytu w formie HALIZ

Uczestnik przebywał na (forma HALIZ i adres)

od dnia

do dnia

miejsowość, data	czytelny podpis organizatora

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 - dotyczy uczestników niepełnoletnich

miejsowość, data	podpis lekarza lub pielęgniarki sprawującej opiekę medyczną podczas formy HALIZ
