|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PESEL dziecka** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **nr członkowski**  **w Ewidencji ZHP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Załącznik do karty kwalifikacyjnej niepełnoletniego uczestnika wypoczynku |

I. Informacje dotyczące uczestnika formy HALiZ/wypoczynku

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |

II. Zobowiązania, zezwolenia i oświadczenia

* Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości 350,00 zł, słownie: trzysta pięćdziesiąt złotych .

Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa na półkolonie mojego dziecka w terminie

* 12.02.-16.02.2023 / 19.02.-23.02.2023 w Brodnicy.
* Oświadczam, że podałam(-em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na formie HALiZ/ wypoczynku.
* 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/ wypoczynku i jednocześnie przekazuję je ~~opiekunowi~~/wychowawcy/~~pielęgniarce~~\*.

* Oświadczam, że w razie zagrożenia życia i zdrowia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.
* Oświadczam, że dziecko jest (zaznaczyć właściwe):

o zdrowe

* ochoruje na chorobę przewlekłą, a informacje o chorobie zostały przeze mnie opisane w kwarcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku.
* W związku z zamiarem uczestnictwa w formach wypoczynku organizowanego w ramach Harcerskiej Akcji Letniej przez wskazaną powyżej osobę, zobowiązujemy się do zapewnienia jej, we własnym zakresie, środków ochrony osobistej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie w ZHP wytycznymi.
* Zobowiązuję się do niezwłocznego – do 2 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności, biegunka, wymioty lub wysypka).

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