

## OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka ..... wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

.....  
(data) .....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych informuję, iż: administratorem danych osobowych Pani/Pana dziecka jest Mazowiecki Kurator Oświaty z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 32/

.....  
Dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu wykorzystania zadania publicznego z zakresu wypoczynku dzieci i młodzieży i nie będą udostępniane innym odbiorcom, Mazowiecki Kurator Oświaty z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 32/.....

Który pozyskał dane osobowe Pani/Pana dziecka od Chorągwi Mazowieckiej ZHP z siedzibą w Płocku, ul. Krótka 3A.

Posiada Pani/Pana prawo dostępu do treści danych dziecka oraz ich poprawiania. Na podstawie art. 32 ust.1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Pana prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych Pani/Pana dziecka ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również- na podstawie art.32 ust.1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych Pani/Pana dziecka w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych.

Ja niżej podpisana/y, po zapoznaniu się z powyższym zapisem, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka.

.....  
( data) .....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)

## IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur ....., inne .....

.....  
(data) .....  
( podpis lekarza, matki, ojca lub opiekuna)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

Po zbadaniu dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

stwierdzam, że może ono być uczestnikiem: kolonii wczasowej, obozu harcerskiego, obozu wędrownego organizowanego przez .....  
..... w okresie .....W

Ewentualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania):

.....  
(data) .....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## V. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy - wypełnia rodzic lub opiekun)

.....  
(data) .....  
(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna prawnego)

## VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA:

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko na wypoczynek .....
2. Odmówić skierowania dziecka na wypoczynek ze względu: .....

.....  
(data) .....  
(podpis )

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na:

.....  
(forma i adres miejsca wypoczynku)

od dnia ..... do dnia .....

.....  
(data) .....  
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

**VIII. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU** (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 wypoczynku)

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy - instruktora)

**KARTA**

**KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku:.....
2. Adres: .....
3. Czas trwania wypoczynku: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć organizatora wypoczynku)

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... PESEL dziecka. ....
3. Adres zamieszkania .....  
telefon ..... e-mail: .....
4. Nazwa i adres szkoły..... klasa.....
5. Imię i nazwisko, adres rodziców (opiekunów) dziecka przebywającego na wypoczynku: .....  
..... telefon.....
6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów wypoczynku dziecka w wysokości .....zł, słownie.....zł.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis ojca, matki lub opiekuna prawnego)

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA:** (np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....  
.....  
.....  
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....  
(data)

.....  
(podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego)