|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **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

słownie:

* Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa mojego dziecka obowiązujące na **Obozie Hufca Kielce Powiat**  w terminie: **26.06.2023r. - 06.07.2023r. w Międzywodziu**
* 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.

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