



PESEL uczestnika

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 1800 zł, słownie: tysiąc osiemset złotych 00 groszy.
- Oświadczam, że zapoznałam(-em) się i akceptuję warunki uczestnictwa na Obozie Hufca ZHP Łask 2025 mojego dziecka w terminie 19.07-02.08.2025 w Zarzeczcu.
- 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.
- Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych mi, a nie ujawnionych chorób dziecka.
- Przyjmuję do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.
- Oświadczam, dziecko przyjmuje na stałe następujące leki:

w dawkach:

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 wychowawcy.

- Wyrażam zgodę na przeglądę czystości głowy dziecka podczas wypoczynku.
- W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez personel medyczny. Wyrażam zgodę na udzielanie kadrze wypoczynku wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka przez personel medyczny.

miejsowość, data

podpisy rodziców lub opiekuna prawnego