



PESEL uczestnika
nr karty członkowskiej ZHP
(tylko członkowie ZHP)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Karta kwalifikacyjna uczestnika formy HALiZ innej niż wycieczek

I. Informacje dotyczące formy HALiZ

| | | | | |
|---|----|--|----|--|
| 1. Forma HALiZ | | | | |
| 2. Termin | od | | do | |
| 3. Adres, miejsce lokalizacji formy HALiZ | | | | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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