



Royal Rangers Polska  
ul. Jagodowa 33, 53-007 Wrocław  
tel./fax +48 724 52 42, e-mail: [biuro@royalrangers.pl](mailto:biuro@royalrangers.pl)  
[www.royalrangers.pl](http://www.royalrangers.pl)  
„A więc wszystko, co byście chcieli, aby wam ludzie czynili, to i wy im czyńcie”.

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU SKAUTOWEGO

**Obóz:** Misja Madagaskar .....  
**Miejsce:** HOW „Qcoby”, Kucoby 35, 46-300 Borki Wielkie .....  
**Rodzaj obozu:** stacjonarny, skautowy .....  
**Czas trwania:** od 20.07.2013 do 30.07.2013 .....  
**Komendant obozu:** hm. Mariusz Nachtman

### I. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

1. ....  
(imię i nazwisko dziecka – wypełnić drukiem)

2. Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Adres zamieszkania: .....

4. Nazwa, adres szkoły i klasa, do której uczęszcza dziecko: .....

5. Kontakt z rodzicami podczas trwania obozu:  
kontakt z matką tel.: ..... mail: .....  
kontakt z ojcem tel.: ..... mail: .....

### 6. Oświadczenie Rodziców (Opiekunów):

Znana jest nam specyfika wychowania metodą skautową Royal Rangers i wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach prowadzonych tą metodą. Zapoznaliśmy się z regulaminami RRP. Wyrażamy zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez stowarzyszenie Royal Rangers Polska z siedzibą we Wrocławiu naszych danych osobowych wyłącznie w celach i ramach prowadzonej przez stowarzyszenie działalności statutowej. Jednocześnie oświadczamy, że jesteśmy świadomi faktu, że przysługuje nam prawo do ich wglądu i zmiany. Wyrażam zgodę na kąpiel dziecka na kąpieliskach strzeżonych. Wyrażam zgodę na robienie zdjęć i nagrywanie video podczas obozu mojemu dziecku oraz wykorzystania ich w materiałach reklamowych i na stronach www organizatora.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpisy rodziców)

## KARTA ZDROWIA DZIECKA

### I. Informacje rodziców dla komendanta obozu, kadry pedagogicznej i służby zdrowia

1. Imię i nazwisko dziecka: ..... Grupa krwi: .....  
2. Przebyte choroby (podać w którym roku życia) odra ..... ospa wietrzna .....  
..... różyczka ..... świnka ..... szkarlatyna ..... WZW .....  
choroby nerek (jakie) ..... choroby reumatyczne .....  
Astma ..... padaczka ..... alergie .....  
inne (podać trwające choroby przewlekłe) .....

3. U dziecka występują: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, duszności, bóle stawów, wymioty, inne .....

4. Czy dziecko w ostatnim roku przyjmowało antybiotyk przeciwcetocową – jeśli tak, to kiedy? .....

5. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, podać przyczynę i kiedy? .....

6. Dziecko uczulone jest na: .....

7. Dziecko powinno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne .....

8. Dziecko znosi jazdę samochodem dobrze / źle

9. Inne informacje zdrowotne .....

10. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie) .....

11. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów: .....

12. Istnieją orzeczone przez Sąd ograniczenia prawne kontaktu dziecka z .....  
..... i wobec tego do wiadomości załączam kopię stosownego orzeczenia.

**13. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadry obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka. Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu na obozie nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.**

.....  
(data)

.....  
(podpisy rodziców)

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA OBOZU CZ. II

### I. Wniosek rodziców o skierowanie dziecka na obóz

1. ....

(imię i nazwisko dziecka – wypełnić drukiem)

2. Data urodzenia

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

### II. Decyzja organizatora:

Organizator postanawia:

przyjąć dziecko na obóz za odpłatnością .....zł

zwolnić dziecko z odpłatności z powodu .....

.....

odmówić przyjęcia dziecka na obóz ze względu na:.....

.....  
(data i podpis organizatora)

### III. Potwierdzenie pobytu na obozie

Organizator obozu poświadczają, że dziecko wzięło udział w całym obozie

Dziecko opuściło obóz w terminie wcześniejszym w dniu .....

z powodu: .....

Przebywając na nim ..... dni.

.....  
(data i podpis komendanta)

### IV. Informacja o dziecku wychowawcy klasy

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

.....  
(data i podpis wychowawcy)

### V. Orzeczenie lekarskie

Po zbadaniu dziecka nie widzę przeciwwskazań do uczestnictwa w obozie.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### VI. Informacje pielęgniarki szkolnej

Wzrost.....cm, waga.....kg, grupa dyspenseryjna.....

Szczepienia ochronne (podać rok) ospa....., błonica....., BCG.....

wzw....., polio(typ)....., inne.....

Stan czystości skóry.....włosów.....

.....  
(podpis i pieczęć pielęgniarki)

### VII. Informacje o udzielonej w trakcie obozu pomocy lekarskiej

Zachorowania, urazy, leczenie .....

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

-wypełnia lekarz podczas wizyty-

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)