

**ARKUSZ WIZYTACYJNY KOMISJI REWIZYJNEJ
HUFCA ZHP POZNAŃ NOWE MIASTO
DO KONTROLI BIWAKU**

, dn.

1. ORGANIZACJA BIWAKU

Organizator:

.....

Adres placówki:

.....

Czas trwania biwaku:

.....

Charakter biwaku: wypoczynkowy szkoleniowy inny (jaki?)

.....

Liczba uczestników: w tym ZHP

Komendant biwaku (stopień, imię i nazwisko, wiek):

.....

.....

Liczba kadry: w tym: instruktorzy pełnoletni opiekunowie (poza instruktorami) członków ZHP w tym społecznie

Karta biwaku zatwierdzona przez Komendanta Hufca: tak nie

Podpisane zezwolenia rodziców/opiekunów na uczestnictwo dziecka w biwaku: tak nie

W pozwoleniach zawarte są informacje na temat:

Miejsca biwaku tak nie

Terminu biwaku tak nie

Zgody na leczenie, zabiegi tak nie

Numeru kontaktowego do rodzica/opiekuna tak nie

Polisa ubezpieczeniowa NW uczestników i kadry nr:
..... wydana przez

.....

Wykaz uczestników biwaku: tak nie

Lista potwierdzająca obecność uczestników na biwaku: tak nie

2. PROGRAM BIWAKU

Program biwaku: tak nie

Zajęcia prowadzone zgodnie z programem: tak nie

Najciekawsze formy czynnego wypoczynku:

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

Inne (np. rozkazy, zdobywane sprawności, kronika biwaku):

.....
.....

3. DOKUMENTACJA FINANSOWA

Ogólny koszt biwaku wg preliminarza:

Saldo kasowe w dniu kontroli:

Lista wpłat uczestników: tak nie

Odpłatność uczestnika: najniższa najwyższa

Rachunki i faktury opisywane są na bieżąco: tak nie

4. BEZPIECZEŃSTWO UCZESTNIKÓW BIWAKU

Podpisane zobowiązanie o odpowiedzialności cywilnej za zdrowie i życie dzieci przez kadrę: tak nie

Podpisane regulaminy przez: kadrę tak nie uczestników tak nie

Apteczka wyposażona w materiały opatrunkowe: tak nie

Warunki zakwaterowania (ilość sal (namiotów), dostępnych pomieszczeń, łazienek, kuchni, ekwipunek uczestników biwaku, czy zachowany jest podział na płeć w salach (namiotach) do spania?):

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

5. UWAGI KONTROLOWANEGO

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

6. UWAGI ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO, POCHWAŁY, WYRÓŻNIENIA

(m.in. czystość w salach uczestników, kadry, innych pomieszczeniach, poszanowanie umundurowania, czy podczas wizyty prowadzone były zajęcia? czy zgodnie z programem? jeśli nie, to z jakiego powodu?)

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

Podpis kontrolowanego:

Podpisy zespołu wizytacyjnego: