

ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA WARSZTATÓW

W terminie:

Nazwisko:

Imię: PESEL:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia

Adres zameldowania:
.....

Adres zamieszkania:
.....

Kontakt tel.: e- mail:

Kontakt do rodziców/opiekunów dziecka: nr tel.:
.....

Adres zamieszkania:
.....

Inny kontakt telefoniczny, gdy rodzice/opiekunowie są niedostępni:.....
.....

Informacje rodziców/opiekunów dotyczące zdrowia dziecka

- Czy dziecko jest uczulone? Tak/Nie
- Jeśli tak to na jakie alergeny ?
.....
- Jakie są objawy typowe dla dziecka, reakcje na ww. alergeny?
.....
- Czy dziecko przyjmuje na stałe leki i w jakich dawkach?
.....
- Czy dziecko choruje na astmę? Tak/Nie
- Czy dziecko jest podatne na przeziębienia i infekcje górnych dróg oddechowych? Tak/Nie
- Usposobienie dziecka: spokojne, żywe, nadpobudliwe, trudno/łatwo nawiązuje kontakty, umie/nie umie współpracować w grupie
- Czy dziecko nosi aparat ortodontyczny lub okulary/szkła kontaktowe itp.
.....

Oświadczam, że do odbioru dziecka po zajęciach upoważnione są następujące osoby:

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

ZOBOWIĄZANIA KANDYDATA

Podczas pobytu w placówce oraz podczas spacerów **będę** wykonywał(a) polecenia opiekunów, przestrzegając(a) wszelkich zakazów i nakazów szczególnie dotyczących mojego zdrowia i bezpieczeństwa innych. Będę dbał(a) o swoje rzeczy, porządek wokół siebie oraz sprzęt znajdujący się zarówno w pomieszczeniach i na terenie placówki.

Opakowania po słodyczach, napojach i inne śmieci będę wrzucał(a) do kosza oraz punktualnie zgłaszał(a) się na miejsce zbiórki.

Nie będę: otwierał(a) okien, przeszkadzał(a) innym hałaśliwym zachowaniem, samowolnie manipulował(a) urządzeniami, oddał(a) się z miejsca zajęć bez opiekunów.

Zostałem/zostałam również poinformowany o całkowitym zakazie samowolnego oddalania się, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, stosowania środków odurzających.

.....
data

.....
podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Niniejszym oświadczam, że:

- zezwalam mojemu synowi/córce na uczestnictwo w zajęciach programowych organizowanego wypoczynku,
 - w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy,
 - Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 z 1997 roku w celach marketingowych CKK ASPIO.
- Tak / Nie**
- Wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć dziecka na stronie internetowej www.wakacje-gliwice.pl, w prasie oraz materiałach reklamowych CKK ASPIO i nie będę wnosił roszczeń z tego tytułu.

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

ORZECZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, żeur. jest zdrowy i może uczestniczyć w zajęciach programowych organizowanego wypoczynku dla dzieci i młodzieży.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

INNE UWAGI DOTYCZĄCE DZIECKA ISTOTNE DLA ORGANIZATORÓW:

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