



Silverado Sp. z o.o.
Bożejewiczki, ul.
Cerekwicka 8 88-400 Żnin
Tel. 570 790 509/ 502 600 707
silveradocity@wp.pl

UMOWA - ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W PÓLKOLONIACH „PÓLKOLONIE NA DZIKIM ZACHODZIE”

Organizator	Termin	Miejsce
Silverado Sp. z o.o. Bożejewiczki, ul. Cerekwicka 8 88-400 Żnin		Silverado City Bożejewiczki, ul. Rolna 40 88-400 Żnin

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Telefony kontaktowe:

DANE UCZESTNIKA

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

PESEL: data urodzenia

Koszt półkolonii:

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z ofertą półkolonii „Półkolonie na Dzikim Zachodzie” i akceptuję przedstawione warunki uczestnictwa.

.....
(data i podpis)

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA PÓŁKOLONII „PÓŁKOLONIE NA DZIKIM ZACHODZIE”

I. INFORMACJE ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wycieczki: Półkolonie „PÓŁKOLONIE NA DZIKIM ZACHODZIE”
2. Adres: Silverado City Bożejewiczki, ul. Rolna 40, 88-400 Żnin
3. Czas trwania wycieczki: turnusy:

I. 13-17 LIPCA 2020

II. 20-24 LIPCA 2020

III. 3-7 SIERPNI 2020

IV. 13-17 SIERPNI 2020

*niepotrzebne skreślić

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Adres rodziców (opiekunów) dziecka

.....

.....

Telefon

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

Dolegliwości występujące w ostatnim roku (omdlenia, bóle głowy, brzucha, duszności, niedostłuch, krwawienie z nosa i inne

.....

.....

Dziecko jest uczulone: tak/nie * (podać nazwę leku, pokarmu, itp.)

.....

.....

Dziecko stale zażywa leki: tak/nie* (podać jakie, w jakich dawkach)

.....

.....

Dziecko nosi:* okulary, aparat ortodontyczny

.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania wypoczynku.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień
Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec..... błonica dur

inne

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU Dziecko przebywało na

.....
.....
(forma i adres wypoczynku)

Od dnia..... do dnia

.....
(data)

.....
(podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU
(dane o chorobach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców/opiekunów o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza/ pielęgniarki)

VIII. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

