



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

	I - 28 czerwca - 2 lipca 2021r.
	II - 5 lipca - 9 lipca 2021r.
	III - 12 lipca - 16 lipca 2021r.
	IV - 19 lipca - 23 lipca 2021r.
	V - 26 lipca - 30 lipca 2021r.
	VI - 2 sierpnia - 6 sierpnia 2021r.
	VII - 9 sierpnia - 13 sierpnia 2021r.
	VIII - 16 sierpnia - 20 sierpnia 2021r.
	IX - 23 sierpnia - 27 sierpnia 2021r.

*wybrany turnus zaznaczyć 'X'

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)

