



14 - 24 lipca 2013

Pomysk Wielki

(Dom Ichthys)

# ALFA

obóz chrześcijański (7-15 lat)

koszt obozu: 600 zł

Fundacja ICHTHYS  
ul. Bursztynowa 17  
14-100 Ostróda

tel. 89-6460820  
kom. 784621194  
E-mail: [info@ichthys.pl](mailto:info@ichthys.pl)

kierownictwo: Zbyszek i Beata Kołak



## Witaj młody Przyjacielu,

jeśli, tak jak my, lubisz towarzystwo ludzi kochających Boga i lubiących poznawać Jego Słowo, zapraszamy Cię na chrześcijański obóz, tym razem do Pomyska Wielkiego na malowniczych Kaszubach. Jak zawsze będzie to niezapomniany czas pełen radości, śmiechu, zabaw, śpiewu, sportu i turystyki, a przede wszystkim czas „...wydawania dobrych owoców” 😊



Liczba miejsc ograniczona!!! Potwierdzeniem uczestnictwa jest przedpłata w wysokości 100 zł., którą należy wpłacić na konto: Fundacja ICHTHYS 96 1160 2202 0000 0000 2665 4288

Wypełnioną kartę obozową należy przesać do dnia 30.06.2013 na adres:  
Fundacja ICHTHYS, ul. Bursztynowa 17, 14-100 Ostróda



# Obóz chrześcijański „ALFA” POMYSK WIELKI 14 - 24.07.2013

Organizator: Fundacja ICHTHYS, ul. Bursztynowa 17, 14-100 Ostróda

IMIĘ .....

NAZWISKO .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA .....

ADRES ZAMIESZKANIA:

ulica ..... nr ..... kod ..... miejscowość .....

telefon ..... e-mail .....

## Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

Pesel dziecka: .....

1. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka\*: omdlenia, drgawki, utrata przytomności, szybkie męczenie się, częste bóle głowy, częste bóle brzucha, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, łęki nocne, inne .....

2. Przebyte choroby\* (podać rok): żółtaczka zakaźna, dur brzuszny, cukrzyca, padaczka, inne .....

3. Na jakie pokarmy dziecko jest uczulone?: .....

4. Czy dziecko otrzymało surowicę? (jaką i kiedy): .....

5. Jak dziecko znosi jazdę? (pociągiem, samochodem, autobusem): .....

6. Inne informacje o zdrowiu dziecka: .....

\* właściwe podkreślić

**Oświadczam, że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o zdrowiu dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.**

Miejscowość i data ..... Podpis rodzica (opiekuna) .....

## Informacja lekarska

Waga ..... Wzrost ..... Szczepienia (podać rok): ospa ..... BGC .....

dur ..... tężec ..... błonnica ..... polio .....

Grupa dyspenseryjna ..... Stan skóry, włosów .....

Dziecko może być uczestnikiem .....

Zalecenia dla wychowawcy .....

Miejscowość, data ..... Podpis lekarza/pielęgniarki (z pieczętką) .....