

KARTA KWALIFIACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

Należy wysłać do 03 czerwca 2010 r.

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

- Organizator: Misja Pokoleń, ul. Spacerowa 16, Rząska, 30-199 Kraków, tel. 12/637-05-71, e-mail: biuro@misjapokolen.org, www.misjapokolen.org
- Forma placówki wypoczynku: Chrześcijański Obóz dla ASÓW (14-19 lat)
- Adres placówki: Ośrodek Katechetyczno-Kolonijny Kościoła Chrześcijan Baptystów w Świątajnie, ul. Kościelna 20, 12-140 Świątajno.
- Czas trwania obozu: 03-16 lipiec 2010 r.
- Koszt obozu: 900,- zł
- Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
- Kierownik obozu: Anna Kuźnik, tel. 0-608-311-836; e-mail: anna.kuznik@wp.pl

Uwaga: Uczestnik pełnoletni wypełnia kartę samodzielnie

WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O PRZYJĘCIE DZIECKA NA OBÓZ

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres e-maili:.....

Imiona i nazwisko(a) rodziców/opiekunów:.....

Adres i telefon rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:.....

Numer PESEL dziecka i nazwa Kasy Chorych:.....

Zaliczkę w wysokości 300 PLN wpłacono dnia na konto:

7512404533111000054333732 (z dopiskiem w tytule: ASY 2010)

Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 600 PLN (słownie: sześćset złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji.

Data: Podpis rodzica lub opiekuna:

POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Oddanie dziecka pod opiekę wychowawcy dnia; godzina

Odbiór dziecka przez rodziców/opiekunów dnia; godzina

Data: Podpis kierownika:.....

KARTA KWALIFIACYJNA UCZESTNIKA OBOZU

Należy wysłać do 03 czerwca 2010 r.

INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

- Organizator: Misja Pokoleń, ul. Spacerowa 16, Rząska, 30-199 Kraków, tel. 12/637-05-71, e-mail: biuro@misjapokolen.org, www.misjapokolen.org
- Forma placówki wypoczynku: Chrześcijański Obóz dla ASÓW (14-19 lat)
- Adres placówki: Ośrodek Katechetyczno-Kolonijny Kościoła Chrześcijan Baptystów w Świątajnie, ul. Kościelna 20, 12-140 Świątajno.
- Czas trwania obozu: 03-16 lipiec 2010 r.
- Koszt obozu: 900,- zł
- Sposób dowozu i odbioru dzieci: indywidualnie
- Kierownik obozu: Anna Kuźnik, tel. 0-608-311-836; e-mail: anna.kuznik@wp.pl

Uwaga: Uczestnik pełnoletni wypełnia kartę samodzielnie

WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O PRZYJĘCIE DZIECKA NA OBÓZ

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres e-maili:.....

Imiona i nazwisko(a) rodziców/opiekunów:.....

Adres i telefon rodziców/opiekunów w czasie pobytu dziecka na obozie:.....

Numer PESEL dziecka i nazwa Kasy Chorych:.....

Zaliczkę w wysokości 300 PLN wpłacono dnia na konto:

7512404533111000054333732 (z dopiskiem w tytule: ASY 2010)

Zobowiązuję się do uiszczenia pozostałych kosztów obozu w wysokości: 600 PLN (słownie: sześćset złotych) w pierwszym dniu pobytu dziecka na obozie, podczas rejestracji.

Data: Podpis rodzica lub opiekuna:

POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE

Oddanie dziecka pod opiekę wychowawcy dnia; godzina

Odbiór dziecka przez rodziców/opiekunów dnia; godzina

Data: Podpis kierownika:.....

INFORMACJA RODZICÓW / OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach itp.)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.

Data: Podpis rodzica lub opiekuna:

INFORMACJA LEKARZA BĄDŹ PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH I OGÓLNYM STANIE ZDROWIA DZIECKA

– Szczepienia ochronne: *(podać rodzaji rok szczepienia)*

– Ogólny stan zdrowia:

Data: Podpis osoby uprawnionej:

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU *(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu)*

Data: Podpis:

UWAGI OPIEKUNA GRUPY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**INFORMACJA RODZICÓW / OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. uczulenia, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach itp.)

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE, A W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ.

Data: Podpis rodzica lub opiekuna:

INFORMACJA LEKARZA BĄDŹ PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH I OGÓLNYM STANIE ZDROWIA DZIECKA

– Szczepienia ochronne: *(podać rodzaji rok szczepienia)*

– Ogólny stan zdrowia:

Data: Podpis osoby uprawnionej:

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU *(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu)*

Data: Podpis:

UWAGI OPIEKUNA GRUPY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU