



Obóz chrześcijański „W Jego ślady”

Mizków

(„Ośrodek wypoczynkowy Anna”)

23 lipca - 2 sierpnia 2012

Koszt: 600 zł. (+ 150 zł.: koszt podróży), wiek: 7 - 14 lat

Kierownictwo: Zbyszek i Beata Kołak

Organizator: Fundacja ICHTHYS, ul. Bursztynowa 17, 14-100 Ostróda
Informacja: tel. 89 6460820, kom. 784 621 194, E-mail: info@fundacja-ichthys.pl

Witaj młody Przyjacielu,

zapraszamy Cię na chrześcijański obóz do Miłkowa - malowniczej okolicy, położonej u stóp Karkonoszy, w odległości 5 km od Karpacza. Będzie to czas pełen zabaw, śpiewu, sportu i turystyki, a wszystko to w towarzystwie ludzi kochających Boga.

Zajęcia biblijne poprowadzi Douglas Blanc z USA.

W programie także:

wycieczka: do Karpacza, na Śnieżkę, do parku wodnego

Wypełnioną kartę obozową należy przestać na adres:
Fundacja ICHTHYS, ul. Bursztynowa 17, 14-100 Ostróda

Przedpłatę w wysokości 100 zł. należy wpłacić na konto:
Fundacja ICHTHYS 96 1160 2202 0000 0000 2665 4288

(ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń ☺)



Obóz chrześcijański „W Jego ślady”

MILKÓW 23.07. - 02.08. 2012

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, lęki 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 błonica polio

Grupa dyspanseryjna Stan skóry, włosów

Dziecko może być uczestnikiem

Zalecenia dla wychowawcy

Miejscowość, data Podpis lekarza/pielęgniarki (z pieczętką)