|  |  |
| --- | --- |
|  | **Wypoczynek rodzinny organizowany przez rodziców dla własnych dzieci i dzieci znajomych osobiście rodziców** *Kościół Ewangelicznych Chrześcijan Zbór „Woda Życia”, ul. Młynarska 64, Łódź, www.wodazycia.com.pl* |

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

**Adres placówki: ul. Sosnowa 68   Zawiszyn**

**Czas trwania*: 29 lipca - 6 sierpnia 2019 rok***

***Koszt: 700 zł***



**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE**

 **DZIECKA NA WYPOCZYNEK**

Imię i nazwisko dziecka ....................................................................................................................

Data urodzenia ........................................ Numer PESEL…………………………………….

Adres zamieszkania .........................................................................................................................

Kasa chorych ...................................................................................................................................

Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na rekolekcjach: ..........................................................................................................................................................

........................................................................................................... **Tel**. .......................................

Rozmiar i wzrost dziecka (koszulka obozowa) .........................

Wyrażam zgodę na transport dziecka busem TAK/NIE.

inne…………………………………………………………………...

**III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

(np. na co dziecko jest uczulone, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu, mrozie)

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

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

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

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

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

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

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

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU. WYRAŻAM ZGODĘ NA HOSPITALIZACJĘ LUB ZABIEGI RATUJĄCE ŻYCIE DZIECKA.

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

 ( data ) ( podpis rodzica/ opiekuna )



**IV. OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby moje dziecko było w czasie trwania wypoczynku pod opieką państwa ……………………………………………….

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

 ( data ) ( podpis rodzica/ opiekuna )