

KARTA UCZESTNIKA

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia dziecka:.....

Adres dziecka:.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna:.....

Nr telefonu rodzica / opiekuna:.....

Proszę wybrać termin:

- 4 – 8 lipca
- 11 – 15 lipca
- 16 – 19 sierpnia
- 22 – 26 sierpnia

Oświadczam, że moje dziecko / mój podopieczny:

- po zajęciach samodzielnie wraca do domu
- będzie odbierane przez rodziców / opiekunów

Osoby odbierające dziecko (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa)

1.....

2.....

3.....

4.....

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA (choroby, alergie, brane leki itp.)

.....

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego w Akcji „WAKACJE Z DK LSM”.

.....

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego