

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

Wakacyjne Warsztaty w Świetlicach Gminy Kobylnica

Projekt: „Zajęcia socjoterapeutyczne w świetlicach Gminy Kobylnica”

Organizator: Fundacja DOBROWSKAZ, ul. Tramwajowa 5/26, 76-200 Słupsk

KRS: 0000657538 | NIP: 8393189434 | REGON: 366283046 | fundacja@dobrowskaz.pl

1. Wybrany turnus (zaznacz X)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 6–10.07 Kruszyna | <input type="checkbox"/> 6–10.07 Lulemino |
| <input type="checkbox"/> 13–17.07 Reblino | <input type="checkbox"/> 13–17.07 Kczewo |
| <input type="checkbox"/> 20–24.07 Płaszewo | <input type="checkbox"/> 20–24.07 Widzino |
| <input type="checkbox"/> 03–07.08 Łosino | <input type="checkbox"/> 03–07.08 Sycevice |
| <input type="checkbox"/> 10–14.08 Kuleszewo | |
| <input type="checkbox"/> 17–21.08 Lubuń | <input type="checkbox"/> 17–21.08 Sierakowo |
| <input type="checkbox"/> 17–21.08 Kobylnica | |
| <input type="checkbox"/> 24–28.08 Kwakowo | <input type="checkbox"/> 24–28.08 Wrząca |

2. Dane uczestnika

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____

Szkoła: _____

3. Dane rodzica/opiekuna

Imię i nazwisko: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

4. Informacje zdrowotne

Alergie, leki, choroby przewlekłe, inne ważne informacje:

5. Oświadczenia

Zapoznałem(am) się z Regulaminem Warsztatów.

Zapoznałem(am) się z Klauzulą RODO.

Wyrażam zgodę na udział dziecka w warsztatach.

Oświadczam, że stan zdrowia dziecka pozwala na udział w zajęciach.

Wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy.

Chcę zgłosić dziecko do wyjazdów (min. 130 cm wzrostu i samodzielność).

Odbiór dziecka: rodzic/opiekun osoba upoważniona samodzielny powrót

Osoby upoważnione: _____

Miejscowość i data: _____ Podpis: _____

Wypełnia Organizator: zakwalifikowano lista rezerwowa nie zakwalifikowano