

FORMULARZ UCZESTNIKA ZAJĘĆ ZORGANIZOWANYCH

DATA ZAJĘĆ ZORGANIZOWANYCH: (proszę wpisać datę zajęć)			
DANE DZIECKA - UCZESTNIKA ZAJĘĆ			
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO			
DATA I MIEJSCE URODZENIA			
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA			
INFORMACJE O DZIECKU (*proszę zakreślić prawidłową odpowiedź)			
Czy dziecko jest uczulone?*	TAK	NIE	
Jeśli tak, na co?			
Czy dziecko przyjmuje stale leki?*	TAK	NIE	
Jeśli tak, w jakich dawkach?			
Czy dziecko choruje?*(padaczka, cukrzyca, choroby serca, padaczka itp.)	TAK	NIE	
Czy dziecko nosi okulary lub soczewki?	TAK	NIE	
Czy dziecko nosi stały lub ruchomy aparat ortodontyczny?	TAK	NIE	
Inne istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie			
Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym			
Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):	Tęžec	TAK	NIE rok:
	Błonica	TAK	NIE rok
	Dur	TAK	NIE rok:
	Inne:		
Hobby i zainteresowania dziecka			
Dodatkowe informacje, które chcą Państwo przekazać			
DANE KONTAKTOWE OPIEKUNÓW			
IMIĘ I NAZWISKO MATKI (PRAWNEJ OPIEKUNKI)			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
IMIĘ I NAZWISKO OJCA (PRAWNEGO OPIEKUNA)			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) (JEŚLI INNY NIŻ DZIECKA)			

ZGŁASZAM UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH ZORGANIZOWANYCH W TERMINIE ZAZNACZONYM W PUNKCIE I.

CENA ZAJĘĆ ZORGANIZOWANYCH WYNOŚI: 40 ZŁ
ZAJĘCIA ZORGANIZOWANE TRWAJĄ 2 GODZINY.

OŚWIADCZAM, ŻE MOJE DZIECKO ODBYŁO BADANIA LEKARSKIE I STAN JEGO ZDROWIA POZWALA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH O CHARAKTERZE SPORTOWO-REKREACYJNYM.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM/EM, WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI I BEZPIECZEŃSTWA W CZASIE UCZESTNICTWA MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH ZORGANIZOWANYCH.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ "FR-AKCJA" MATEUSZ KOTNOWSKI Z SIEDZIBĄ W ŁODZI UL. ZAMIEJSKA 27, 93-468 ŁÓDŹ, NIE WYŁĄCZAJĄC PRZETWARZANIA TYCH DANYCH DO CELÓW MARKETINGOWYCH. OŚWIADCZAM, ŻE PODANIE PRZEZE MNIE DANYCH JEST DOBROWOLNE I PRZYSŁUGUJE MI PRAWO WGLĄDU DO NICH ORAZ ICH POPRAWIANIE.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ MOJEGO DZIECKA Z ZAJĘĆ W MATERIAŁACH REKLAMOWYCH, PUBLIKACJACH ORAZ NA STRONACH INTERNETOWYCH ORGANIZATORÓW.

ZAPOZNAŁEM/ŁAM SIĘ Z REGULAMINEM ZAJĘĆ. AKCEPTUJĘ REGULAMIN ZAJĘĆ.

.....
DATA, PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW

O UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DZIECKA PO ZAJĘCIACH NASTĘPUJĄCE OSOBY*
(IMIĘ I NAZWISKO, SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO):

1.

2.

.....
PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW

WYPEŁNIA ORGANIZATOR:		
DATA WPLĄTY:2018	
KWOTA WPLĄTY:	40,00	
FORMA WPLĄTY:	PRZELEW	GOTÓWKA
DATA i PODPIS ORGANIZATORA:		