

FORMULARZ REKRUTACYJNY DZIECKA na:

KUL-tową Kolonię

MOC – ENERGIA – ENDORFINY

na Kaszubskim Uniwersytecie Ludowym w Wieżycy

w terminie 23 – 30.06.2019r. dla dzieci w wieku 8 - 13 lat

I. INFORMACJA O DZIECKU (wypełnia rodzic/opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. PESEL:

.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów:

.....

6. Telefon kontaktowy:

.....

7. E-mail kontaktowy:

.....

8. Adres rodziców/opiekunów prawnych w czasie pobytu dziecka na obozie:

.....

9. Telefony rodziców/opiekunów prawnych w czasie pobytu dziecka na obozie:

domowy:

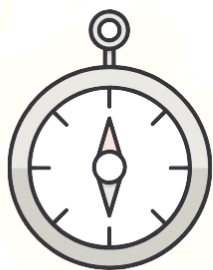
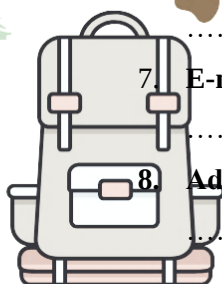
.....

praca:

.....

komórkowy:

.....



II. INFORMACJE o Dziecku, jej/jego zainteresowanych (wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Prosimy o napisanie krótkiej informacji o dziecku m.in. jakie ma zainteresowania? jak najczęściej spędza czas wolny? Czy opiekuje się jakimś zwierzątkiem? Dominuje cechy charakteru (3 najbardziej charakteryzujące dziecko) ☺.

III. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA (wypełnia rodzic/opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko dziecka Grupa krwi

2. Przebyte choroby (proszę podać rok): odra; ospa wietrzna; różyczka; świnka; szkarlatyna; WZW; choroby nerek (jakie?)

.....; choroby reumatyczne; astma; padaczka; inne (podać trwające choroby przewlekłe)

3. Dziecko jest uczulone:

TAK/NIE*

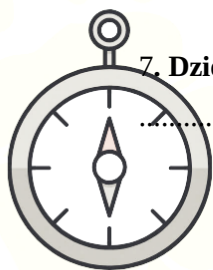
Jeśli tak, proszę podać na co:

4. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, moczenie, bóle brzucha, krwawienie z nosa, częste anginy, duszności, bóle stawów, wymioty, inne:

5. Czy dziecko w ostatnim roku przyjmowało antytoksynę przeciwtężcową – jeśli tak, to kiedy?

6. Czy dziecko w ostatnim roku przebywało w szpitalu – jeśli tak, to podać kiedy i z jakiego powodu

7. Dziecko winno stale nosić okulary, aparat ortodontyczny, inne:



8. Inne informacje zdrowotne:

.....
.....

10. Dziecko na stałe zażywa leki (podać nazwę leku i zalecane dawkowanie):

.....
.....

11. Dziecko ze względów zdrowotnych nie spożywa następujących produktów:

.....
.....

**niepotrzebne skreślić*

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacje oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o dziecku, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie.

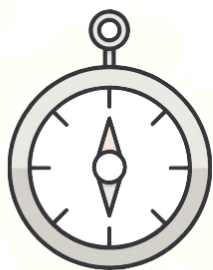
Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie ujawnionych chorób dziecka.

Przyjmujemy do wiadomości, że dziecko, bez zgody i kontroli opieki medycznej, podczas pobytu na obozie nie może posiadać ani zażywać żadnych leków.



Data

Podpisy rodziców lub rodzica/opiekuna prawnego



IV. OŚWIADCZENIE FINANSOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH :

Zobowiązuję się do uiszczenia zadatku za pobyt dziecka na kolonii w wysokości 500 zł w ciągu 7 dni od uzyskania od organizatora informacji mailowej lub telefonicznej o przyjęciu dziecka na kolonię oraz do uiszczenia pełnej opłaty (razem 1289 zł) nie później niż do dnia 30 maja 2019 r.

Zadatku oraz pełnej płatności za kolonię należy dokonać na konto:

26 1160 2202 0000 0000 4746 3115

Kaszubski Uniwersytet Ludowy

Wieżyca 1

83-315 Szymbark

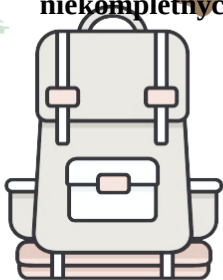
Treść przelewu: KULtowa kolonia, imię i nazwisko dziecka

Data Podpisy rodziców lub rodzica/opiekuna prawnego

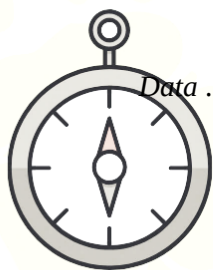
.....

V. PODSUMOWANIE

Podpisując niniejszy formularz rekrutacyjny dziecka oświadczam, że jestem upoważniony do zawarcia takiej umowy oraz że powyższe dane są prawdziwe. Organizator nie odpowiada za kwestie wynikające z powodu podania przez rodzica/opiekuna fałszywych lub niekompletnych danych.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego dziecka/dzieci dla potrzeb organizacji KULtowej Kolonii, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne dla organizacji KULtowej Kolonii. Zostałem/am poinformowany/a, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych jest Kaszubski Uniwersytet Ludowy, Wieżyca 1, 83-315 Szymbark



Data

Podpisy rodziców lub rodzica/opiekuna prawnego

