Formularz zgłoszeniowy

Na letnie warsztaty w CRT Radomierzyce

**Centrum Rekreacyjno-Turystyczne w Radomierzycach**

Radomierzyce 76, 59-900 Zgorzelec

telefon : 757210506

e-mail : crt@gmina.zgorzelec.pl

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA/OSOBY DO KONTAKTU

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (jeśli inny niż dziecka) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU DZIECKA Z WARSZTATÓW (jeśli inna niż rodzic/opiekun)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZGŁASZAM UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH W TERMINIE

( Proszę zaznaczyć termin/terminy. Dziecko można zgłosić na więcej niż jeden tydzień.)

󠄀 **I tydzień / 24 – 28 lipca 2017 r.**

󠄀 **II tydzień / 14 – 18 sierpnia 2017 r.**

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA ( zakreślić właściwe )

1. Czy dziecko jest alergikiem ( jeśli tak, to na co jest uczulone )? **TAK/NIE**
2. Czy dziecko regularnie przyjmuje leki ( jeśli tak to jakie) ? **TAK/NIE**
3. Czy są ograniczenia dotyczące przyjmowania obiadów przez dziecko (jeśli tak, to jakie) ? **TAK/NIE**
4. Inne uwagi dotyczące zdrowia/zachowania dziecka

**OŚWIADCZENIA**

Stwierdzam, że podałam/-em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku niezbędnej opieki medycznej/pierwszej pomocy.

Wyrażam zgodę na zamieszczenie zdjęć z wizerunkiem mojego dziecka na stronie internetowej [www.crtradomierzyce.pl](http://www.crtradomierzyce.pl).

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i organizacji warsztatów (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).**

**UWAGI KOŃCOWE**

**Opłata za tydzień warsztatów wynosi: 150,00 zł od osoby. Warsztaty należy opłacić: I tydzień do 14 lipca 2017r., II tydzień między 1 a 4 sierpnia 2017r. Wpłaty prosimy dokonywać tylko przelewem na konto** ( 23 2030 0045 1110 0000 0285 7990) w tytule wpisując: imię i nazwisko dziecka, wybrany tydzień warsztatów oraz „darowizna na cele działalności statutowej CRT”.

**DATA PODPIS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**