



Licencjonowana Szkoła Żeglarstwa PZŻ
Bocianie Gniazdo
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

KARTA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

NR / / 200
Kod imprezy Rok

Organizatorzy:

Fundacja Lekarskie Żagle

26-600 Radom, ul. Kazimierza Tetmajera 13
tel. /048/ 333 28 80 fax. /048/ 333 28 80
tel. kom. **607 211 196**
REGON : 672959133 **NIP**: 948-22-96-557
BANK DnBNord
Nr rach. **87 1370 1154 0000 1701 4640 3300**

Lekarski Klub Żeglarski „Bocianie Gniazdo”

przy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. Prof. Jana Nielubowicza
26-600 Radom, ul. Kazimierza Tetmajera 13
tel. /048/ 333-28-80 fax. /48/ 331-17-30
tel. Kom. 607 211 196

Termin:

Rodzaj formy wypoczynku: rejs licealistów*, obóz wędrowny*, obóz szkoleniowy*

Miejsce: Szlak Wielkich Jezior Mazurskich

* - niepotrzebne skreślić

I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i Nazwisko dziecka **PESEL**

W przypadku nie podania numeru PESEL uczestnik nie zostanie ubezpieczony !!!!

2. Ubezpieczenie zdrowotne TAK* NIE* ZUS* KRUS* *niepotrzebne skreślić

3. Adres zamieszkania.....telefon.....

4. Nazwa i adres szkoły.....klasa.....

5. Imiona rodziców
(opiekunów).....

6. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka na obozie wędrownym

.....
Telefony kontaktowe do rodziców (opiekunów)

Dane kontaktowe do uczestnika obozu:

Telefon domowy:

Telefon komórkowy:

Gadu-gadu:

e-mail:

Kieruję dziecko na w/w wędrowny obóz żeglarski i zobowiązuję się do uregulowania kosztów jego pobytu na obozie. Zobowiązuje się również do pokrycia kosztów ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko na w/w obozie żeglarskim.

Rachunek za obóz dziecka proszę wystawić na:

Opłatę za obóz można uiszczać na konto:

.....
.....
.....

Rachunki wystawiamy najpóźniej do dnia 30.09 b.r.

Fundacja Lekarskie Żagle

26-600 Radom ul. Tetmajera 13

87 1370 1154 0000 1701 4640 3300

Tytuł wpłaty: KOD_impresy (imię i nazwisko uczestnika)

(podpisy matki i ojca lub opiekuna dziecka)

II. INFORMACJA RODZICÓW DZIECKA / OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (np. uczulenia, choroby, okulary, leki, inne istotne informacje)

.....
.....
.....

Szczepienia ochronne(rok): tężec.....inne np. WZW B:.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wędrownym obozie żeglarskim.

Data:

(podpis matki i ojca lub opiekuna dziecka)

III. DECYZJA O KWALIFIKACJI I POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA OBOZIE ŻEGLARSKIM

Postanawia się zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w wędrownym obozie żeglarskim

Data:

podpis organizatora

Dziecko było uczestnikiem obozu żeglarskiego od dniado dnia.....200_ roku

Data

podpis komendanta obozu

SPOTKANIE ORGANIZACYJNE

Spotkanie organizacyjne dla rodziców i uczestników odbędzie siedzibie OIL w Radomiu **UL. TETMAJERA 13.**

Szczegółowa informacja o dacie i godzinie spotkania na www.bocianiegniazdo.org w zakładce danej imprezy.

KARTĘ UCZESTNIKA OBOZU należy **odesłać na adres klubu lub oddać** osobiście minimum 30 dni przed rozpoczęciem wyjazdu.