

Projekt „Wake-up!” realizowany przy wsparciu programu Unii Europejskiej Erasmus +

KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU

I. INFORMACJE OGÓLNE:

- Miejsce projektu: Bonin 31, 73-150 Łobez, tel. +48 91 5637759
- Termin projektu: 15-26 sierpnia 2016
- Organizatorzy projektu: Fundacja Bonin

II. INFORMACJE PERSONALNE O UCZESTNIKU/UCZESTNICZCE

- Imię i nazwisko.....
- Data urodzenia.....
- Miejsce urodzenia
- Numer PESEL (o ile dotyczy)
- Adres zamieszkania
-
- Rodzice/opiekunowie prawni (imię i nazwisko):
 -
 -
- Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów
.....
.....
- E-mail.....

III. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I DZIECIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI:

- Uwagi rodziców lub opiekunów dotyczące zdrowia dziecka:
 - dolegliwości (np. epilepsja, cukrzyca, omdlenia, częste bóle głowy, duszności, krwawienie z nosa, itd).
.....
 - Grupa krwi (jeśli znana).....
 - Alergie (np. leki, składniki pokarmowej)
.....
 - Dieta (np. wegetariańska), specjalne potrzeby
.....
.....
 - Inne uwagi o zdrowiu uczestniczki/uczestnika
.....
.....
 - Szczepienia przeciw tężcowi /data ostatniego/.....
 - Leki przyjmowane na stałe (nazwa / dawkiowanie)
.....
 - Choroba lokomocyjna
 - tak
 - nie

W razie zagrożenia życia uczestnika zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

- tak
- nie

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA

- Informacje ogólne na temat uczestnika/uczestniczki:

➤ Czy uczestnik/uczestniczka potrafi pływać?

- tak
- nie

➤ Czy istnieją przeciwwskazania do pływania i zajęć sportowych?

- tak
- nie

➤ Inne informacje, które wydają się rodzicom/opiekunom ważne do sprawowania opieki nad uczestnikiem/uczestniczką:

.....

.....

- Osoba upoważniona do odbioru uczestnika/uczestniczki (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

-
- tak
 - nie

- Wyrażam zgodę, aby moje dziecko w czasowo i miejscowo wyznaczonych ramach, razem z z innymi uczestnikami/uczestniczkami po wyrażeniu zgody przez opiekuna/kę mogło oddalić się od grupy.

- tak
- nie

- Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach nauki jazdy konnej.

- tak
- nie

- Wyrażam zgodę na kąpiel mojego dziecka w jeziorze.

- tak
- nie

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym wizerunku, mojego dziecka przez realizatorów projektu „Wake-up!”, w celu jego realizacji oraz promocji
 - tak
 - nie
- Inne informacje, które wydają się rodzicom/opiekunom ważne do sprawowanie opieki nad uczestnikiem/uczestniczką:

miejsce i data,

czytelne podpisy opiekuna lub rodzica