

KARTA UCZESTNIKA REJSU ŻEGLARSKIEGO

Organizator: Sail Swim Jakub Jakubowski, Łaziska 74c, 59-700 Bolesławiec tel.698 228 671

Termin: 5-12 VII lub 16 – 23 VIII 2025r Wyjazd: PIATEK 22:00 Tesco Bolesławiec

Rodzaj wypoczynku: Rejs żeglarski - wędrowny

Miejsce: Szlak Wielkich Jezior Mazurskich

I. WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka
 2. Data urodzenia.....Pesel.....
 3. Adres zamieszkania
 - telefone-mail:.....
 4. Nazwa i adres szkoły
 5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku :
Imię i nazwisko matki.....telefon.....
Imię i nazwisko ojca..... telefon.....
-
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

II. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

.....
.....
.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNEKU. WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE I ZABIEGI WYNIKŁE W CZASIE POBYTU. NIE WIDZĘ PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA ŻEGLARSTWA PRZEZ DZIECKO.

.....
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ DZIECKA W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH ORAZ NA STRONIE INTERNETOWEJ SAIL SWIM JAKUB JAKUBOWSKI

.....
(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

Szczepienia ochronne (podać rok):

tężec, błonicadur.....,
inne

.....
(data) (podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

IV. INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY O DZIECKU

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
.....

.....
(data) (podpis wychowawcy lub rodzica-opiekuna)