

KARTA UCZESTNIKA „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU”

Turnus:

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Tel. do rodziców w czasie pobytu dziecka na „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU”

ojciec (opiekun):

matka (opiekun):

Wyrażam zgodę na uczestnictwo syna/córki w „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU”
organizowanych przez CENTRUM TERAPII I RUCHU w godzinach 9:00 – 15:00

Po rozpoczęciu turnusu „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU” , skrócenie pobytu
lub niewykorzystanie części świadczeń nie upoważnia do zwrotu kosztów.

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka
w „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU”.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na podjęcie niezbędnej pomocy
przedmedycznej i wezwanie karetki.

Oświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą
pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na „PÓŁKOLONIE W CENTRUM TERAPII I RUCHU”

Osoba/y upoważniona do odbioru dziecka:

Data podpis rodzica (opiekuna)*