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

(pieczęć organizacji pozarządowej)

**KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ**

**1. Dane osobowe**

Imię i Nazwisko: …………………………………………….……………………………………………………………………………………......

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………………………...............

Adres zamieszkania: ………………………………………………..……………………..…………………………………………………….....

Tel. Kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………………………………….....….

Oświadczam, iż moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do wzięcia udziału w zajęciach sportowych oraz zajęciach na basenie oraz odpowiadam za jego drogę do placówki i powrót do domu.

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka, przez opiekunów w czasie trwania półkolonii.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem półkolonii złączonym na stronie organizatora półkolonii <http://apolesnica.pl/polkolonie-i-obozy/>.

……………………………… …………………………………………

data czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych