



1. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

kod pocztowy miejscowość

2. DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA - OSOBY DO KONTAKTU:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

kod pocztowy miejscowość

telefon kontaktowy

adres e-mail

3. DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA Z WARSZTATÓW GIMNASTYCZNYCH - **nie wpisywać rodziców**

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego:

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego:

Powrót dziecka do domu: dziecko samodzielnie wraca do domu **tak / nie**
*zakreśl właściwe

4. ZGŁASZAM UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH W TERMINIE

- 24.06 - 28.06.2024
- 08.07 - 12.07.2024
- 05.08 - 09.08.2024
- 26.08 - 30.08.2024

**zakreśl właściwe*

5. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Czy dziecko może uczestniczyć we wszystkich zajęciach proponowanych w programie warsztatów? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W jakich nie może?

.....

- | | TAK | NIE |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b) Czy dziecko jest astmatykiem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



TAK

NIE

c) Czy dziecko jest uczulone?

Jeśli tak, to na co jest uczulone?

.....

TAK

NIE

d) Czy dziecko regularnie przyjmuje leki?

Jeśli tak, to jakie?

.....

TAK

NIE

e) Czy istnieją jakieś ograniczenia dotyczące przyjmowania posiłków przez dziecko?

Jeśli tak, to jakie?

.....

f) Inne uwagi Rodzica / Opiekuna, dotyczące zdrowia/zachowania dziecka:

.....

.....

.....

.....

data

czytelny podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna