

KARTA ZGŁOSZENIA

WAKACJE ZE SZTUKĄ 2024

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Filia JCK Relaks, ul. 1Maja 60, 58-500 Jelenia Góra

Filia JCK Przystań Twórcza, ul. Cieplicka74, 58-560
Jelenia Góra

Filia JCK Muflon, ul. Cieplicka 172, 58-570 Jelenia Góra

I Termin: od 24.06.2024 r. do 28.06.2024 r.

II Termin: od 01.07.2024 r. do 05.07.2024 r.

III Termin: od 08.07.2024 r. do 12.07.2024 r.

IV Termin: od 15.07.2024 r. do 19.07.2024 r.

V Termin: od 22.07.2024 r. do 26.07.2024 r.

VI Termin: od 29.07.2024 r. do 02.08.2024 r.

VII Termin: od 05.08.2024 r. do 09.08.2024 r.

VIII Termin: od 12.08.2024 r. do 16.08.2024 r.

IX Termin: od 19.08.2024 r. do 23.08.2024 r.

.....
 * ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE

PESEL dziecka:

Data urodzenia:..... Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania.....
.....

Dziecko, będzie przyprowadzone o godz.:

Dziecko, będzie odbierane o godz.:

Dziecko, będzie wracało samodzielnie o godz.:.....

Osoby uprawnione do odbioru dziecka po zajęciach:

Nazwisko i imię - /pokrewieństwo/	Numer telefonu

Karta Dużej Rodziny

Numer KDR.....

Wyrażam zgodę, na wprowadzenie mnie do grupy utworzonej poprzez aplikację Whatsapp.

Numer telefonu.....

Informacje rodziców lub opiekunów o dziecku (których uwzględnienie wpłynie korzystnie na współpracę z opiekunem i integrację z grupą):

- u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie: utraty przytomności, omdlenia, częste bóle brzucha, wymioty, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się*, inne:.....

- dziecko jest: (nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o zachowaniu dziecka)*:.....

- dziecko jest uczulone: nie/tak* jeśli tak to na co:.....

- alergie pokarmowe i specjalistyczne diety: tak/nie* jeśli tak proszę podać jakie:.....

- czy dziecko ma chorobę lokomocyjną? tak/nie*

- czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary? tak/nie*

Inne ważne

informacje:.....

.....
.....

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu dziecku właściwej opieki w czasie trwania warsztatów. Oświadczam, że zgadzam się na uczestnictwo dziecka w wycieczkach oraz zajęciach przeprowadzanych poza siedzibą Jeleniogórskiego Centrum Kultury. W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na wezwanie karetki pogotowia, leczenie szpitalne i zabiegi diagnostyczne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka oraz celów promocyjnych warsztatów.

.....

data podpis rodzica/ opiekuna

Zapoznałam/zapoznałem * się z Regulaminem Wakacji ze Sztuką 2024 i zgadzam się z wytycznymi.

.....

data podpis rodzica/ opiekuna

* niepotrzebne skreślić



DOFINANSOWANIE PRZEZ MIASTO JELENIA GÓRA

