



Miejska i Gminna Biblioteka
Publiczna w Wołowie

KARTA ZGŁOSZENIOWA

I. INFORMACJA ORGANIZATORA

1. Forma wypoczynku : **BIBLIOTEKA NOCĄ. Na tropie bibliotecznych tajemnic.**
2. Adres: **Miejska i Gminna Biblioteka Publiczna w Wołowie, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 8**
3. Czas trwania : **1 czerwca 2019 godz. 17:00 – 2 czerwca 2019 godz. 8:00**

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis organizatora)

II. ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ DZIECKA W AKCJI – BIBLIOTEKA NOCĄ

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Imiona i nazwiska rodziców
3. Rok urodzenia
4. Adres zamieszkania
5. Adres zamieszkania lub pobytu rodziców.....
6. Imiona i nazwiska oraz numeru telefonów kontaktowych, rodziców uczestnika Biblioteki nocą

Miejscowość, data..... podpis matki, ojca lub opiekuna

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

1. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary.....

Miejscowość, data..... podpis matki, ojca lub opiekuna

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA AKCJI – BIBLIOTEKA NOCĄ

data..... podpis matki, ojca lub opiekuna

IV. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA OPIEKUNA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA AKCJI – BIBLIOTEKA NOCĄ

.....
.....
Miejscowość, data..... (podpis opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.)). Zapoznałem się i akceptuję postanowienia akcji – Biblioteka nocą.

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis rodziców)