

**IX. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA W**

**CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

(dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

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

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka.

.....  
(miejsowość, data) (podpis lekarza / pielęgniarki placówki)

**X. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

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

.....  
(miejsowość, data) (podpis wychowawcy)

# Galant

## Usługi Turystyczne

Nr Zezwolenia Z-021/02  
ul. Lutyków 7C  
70-876 Szczecin  
tel. (091) 46 20 805, 38 66 288

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU.**

1. Nazwa oferty : OBÓZ JĘZYKOWY Szkoły Języków Obcych „PERFEKT”
2. Forma placówki wypoczynku: Ośrodek Kolonijno - Wczasowy “Bryza”
3. Miejsce placówki 72-330 Mrzeżyno, ul. Trzebiatowska 17
4. Czas trwania od 26 lipca do 06 sierpnia 2012r.

**II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O SKIEROWANIE DZIECKA NA PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU.**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia ..... klasa .....
3. Adres zamieszkania ..... tel .....
4. Nazwa i adres szkoły .....
5. Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka .....
6. Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku .....  
tel. kontaktowy .....
7. Pesel dziecka ..... nazwa kasy chorych .....
8. Nr ubezpieczenia szkolnego .....
9. Załączam kopię dowodu wpłaty: I rata cała wpłata

Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w placówce wypoczynku w miejscu i terminie podanym powyżej. Wyrażam dobrowolnie zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych firmy. Wiem, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....  
(data) (podpis rodziców/opiekunów)  
\*zakreślić wybrane pola.



