



Kasperiańskie Dni Młodych

Zgoda rodzica lub opiekuna *

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w
..... organizowanym przez Misjonarzy Krwi Chrystusa. Jak również
zgadzam się na przyjazd i odjazd (samodzielny/wraz z opiekunem)** ze Spotkania.

Imię i Nazwisko uczestnika
ulica i nr domu
kod i miejscowość
data urodzenia
Imię i Nazwisko opiekuna
Telefon opiekuna
Telefon kontaktowy z rodzicami

.....
podpis rodzica lub opiekuna
/powyżej 18-go roku życia – podpis uczestnika/

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Poniżej należy ujawnić wszelkiego rodzaju choroby, których objawy mogą wystąpić podczas pobytu, a zwłaszcza alergie, astmę itp. **Prosimy o podanie wszelkich wiadomości o stanie zdrowia uczestnika** (choroby, uczulenia, leki, które musi lub ewentualnie nie może przyjmować), które pomogą w zapewnieniu właściwej opieki.

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

Stwierdzam, że podałem (-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na Spotkaniu. Proszę o kontakt w razie zabiegu leczniczego i leczenia szpitalnego w stanach zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka.

.....
podpis rodzica lub opiekuna

* Dokument należy wydrukować, podpisać, przywieźć ze sobą na spotkanie, dać przy zapisach

** Niepotrzebne skreślić

Kontakt do organizatora: ks. Damian Siwicki CPPS, tel. 507-977-318, www.kaspersi.odkupieni.pl