

FORMULARZ UDZIAŁU W PÓŁKOLONIACH

w terminie2026 r.

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

Dane rodzica/prawnego opiekuna Uczestnika wraz z telefonem do kontaktu:

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

imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, PESEL

Oświadczam, że otrzymałem/łam oraz zapoznałem się/zapoznałam się z Regulaminem Półkolonii w Centrum Nauki Experyment w Gdyni.

Oświadczam, że sama/sam odbiorę dziecko z Experymentu

/upoważniam następujące osoby do odbioru mojego dziecka z Centrum Nauki Experyment*:

* niepotrzebne skreślić

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA:

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

imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr telefonu, PESEL.

Oświadczam jednocześnie, że:

w razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na podjęcie czynności ratujących jego zdrowie lub życie,

nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do pozostawienia mojego dziecka w Centrum Nauki Experyment.

Informacja o stanie zdrowia dziecka: Alergie mające wpływ na przebieg uczestnictwa w Półkoloniach:

.....

Przyjmowane leki mające wpływ na przebieg uczestnictwa

w Półkoloniach.....

Inne uwagi

.....
(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam jednocześnie, co następuje: Uczestnik Półkolonii nie ma objawów infekcji oraz innych objawów chorobowych wskazujących na chorobę zakaźną. Wszystkie zmiany w stanie zdrowia zgłoszę niezwłocznie wychowawcom Półkolonii.

..... (data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam jednocześnie, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do poinformowania osób wskazanych przeze mnie w Formularzu o fakcie i warunkach przetwarzania ich danych osobowych.

..... (data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)