

Załącznik nr 2
do regulaminu warsztatów brak dance w dniu 4 lipca 2019 r.

ZEZWOLENIE NA UDZIAŁ W WARSZTATACH TANECZNYCH

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....
w WARSZTATACH BREAK DANCE odbywających się w dniu 4 lipca 2019 roku w Miejsko Gminnym Ośrodku Kultury w Bystrzycy Kłodzkiej w godzinach 17.00-20.00

Dane kontaktowe opiekuna:

- imię i nazwisko:

.....

- adres zamieszkania:

.....

- telefon kontaktowy:

.....

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie informuję, że moje dziecko:

* choruje/ nie choruje* na przewlekłe choroby

.....

* jest uczulony (a) / nie jest uczulony (a)

.....

* inne uwagi

.....

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam:

.....
data i czytelny podpis opiekuna

Wyrażam / nie wyrażam * zgodę (y) na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika opiekuna warsztatów w czasie ich trwania. Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w warsztatach.

.....
miejsowość, data

.....
podpis opiekuna

* niepotrzebne skreślić