*KARTA UCZESTNIKA IMPREZY:*

*„NIESAMOWITE OPOWIEŚCI ZNAD LEDNICY”*

*I. INFORMACJA ORGANIZATORA:*

1. *Miejsce imprezy: Dziekanowice, Muzeum Pierwszych Piastów na Lednicy*
2. *Czas trwania: 08.08.2014. godz. 19:00 – 09.08.2014 godz. 9:00.*
3. *Koszt uczestnictwa: 30,- zł*

*II. WNIOSEK RODZICÓW/OPIEKUNÓW O PRZYJĘCIE DZIECKA NA IMPREZĘ:*

1. *Imię i nazwisko dziecka ............................................................................................................*
2. *Data urodzenia................................................................... klasa ............................................*
3. *Adres zamieszkania .................................................tel ............................................................*
4. *Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka ...................................................................*

*..................................................................................................................................................*

*5. PESEL i nr dow. osobistego rodzica lub opiekuna …………………………………………………………*

1. *Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce muzealnej*

*.......................................................................................................... tel. kont. ....................................*

1. *Pesel dziecka ................................ nazwa kasy chorych .........................................................*
2. *Nr ubezpieczenia szkolnego ....................................................................................................*

*Po zapoznaniu się z programem imprezy, zakresem usług i świadczeń oraz cen i ogólnymi warunkami uczestnictwa, zgłaszam udział dziecka w imprezie „Niesamowite opowieści znad Lednicy” organizowanej przez Muzeum Pierwszych Piastów na Lednicy, 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).*

***III. INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE***

***ZDROWIA DZIECKA I SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH / ZALECENIACH***

*( np. czy dziecko choruje na choroby przewlekłe, na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, czy jest alergikiem pokarmowym itp.)*

*........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................*

*STWIERDZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z POWYŻSZYMI PUNKTAMI I DOKONAŁAM(ŁEM) ŚWIADOMEJ DECYZJI O UDZIALE DZIECKA W IMPREZIE ”NIESAMOWITE OPOWIEŚCI ZNAD LEDNICY” ORAZ PODAŁAM(ŁEM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE UCZESTNICTWA DZIECKA W IMPREZIE. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA PRZYJĘTYCH POWYŻEJ ZOBOWIĄZAŃ, W TYM EWENTUALNYCH KOSZTÓW ZAKUPU LEKÓW DLA MOJEGO DZIECKA.*

*……………………….................................. ...............................................*

*miejscowość , data podpis rodzica*