**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA**

**I INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Organizator: **Nadarzyński Ośrodek Kultury, Pl. Poniatowskiego 42,**

**05-830 Nadarzyn**

1. Forma placówki **Letnie Warsztaty Artystyczne**
2. Czas trwania:

3- 7 lipca 2017 r. w godz. opcja 1 8:00-16:00, opcja 2 10:00-16:00

10-14 lipca 2017 r. w godz. opcja 1 8:00-16:00, opcja 2 10:00-16:00

17- 21 lipca 2017 r w godz. opcja 1 8:00-16:00, opcja 2 10:00-16:00

***Podpis organizatora***

**II DANE DZIECKA**

1. **Imię i nazwisko dziecka** ……………………………………………………………….
2. **Data urodzenia** …………………………………………………………………………..
3. **Pesel** ………………………………………………………………………….................
4. **Adres zameldowania** ………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

1. **Adres zamieszkania**…………………………………………………………………….

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

1. **Adres zameldowania rodziców (jeżeli jest inny niż dziecka)** …………………………………………………………………………………………………
2. **Telefon do opiekunów prawnych** ………………………………………………………………………………………………….

***Podpis opiekuna***

**III INFORMACJA OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA** ***(na co jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, jeśli tak to w jakich dawkach, czy dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, czy nosi okulary)***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV CZAS PRZEBYWANIA DZIECKA W NOK W RAMACH „Letnich Warsztatów Artystycznych”**

w dniach ……………………………………………………………………………………………

w godzinach ……………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZAM, IŻ PODAŁAM (EM) WSZYTSKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIEWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA Letnich Warsztatów Artystycznych.**

**WYRAŻAM ZGODĘ NA RATOWANIE ZDROWIA I ŻYCIA DZIECKA**

***Podpis opiekuna***

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO DZIECKA W WYJŚCIACH I WYCIECZKACH ORGANIZOWANYCH W RAMACH „Letnich Warsztatów Artystycznych”**

***Podpis opiekuna***