

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WARSZTATÓW WAKACJE 2024. „BYŁO SOBIE ŻYCIE” CZĘŚĆ I

**UCZESTNIK** .....  

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA
DATA URODZENIA
PESEL

**OPIEKUN PRAWNY:**

.....  

OPIEKUN PRAWNY 1: IMIĘ I NAZWISKO
OPIEKUN PRAWNY 2: IMIĘ I NAZWISKO

.....  

OPIEKUN PRAWNY 1: NR TELEFONU
OPIEKUN PRAWNY 2: NR TELEFONU

.....  

OPIEKUN PRAWNY 1: ADRES EMAIL
OPIEKUN PRAWNY 2: ADRES EMAIL

**1. WYBRANE USŁUGI (zaznacz właściwe daty).**

DZIEŃ TYGODNIA	DATA USŁUGI					TEMATYKA WARSZTATU
	<i>(zakreśl daty udziału Uczestnika w warsztatach WAKACJE 2024. "BYŁO SOBIE ŻYCIE")</i>					
PONIEDZIAŁEK	24.06.24	08.07.24	22.07.24	05.08.24	19.08.24	<u>Warsztat 1 - Co dają siłę?</u>
WTOREK	25.06.24	09.07.24	23.07.24	06.08.24	20.08.24	<u>Warsztat 2 - Co bije w sercu?</u>
ŚRODA	26.06.24	10.07.24	24.07.24	07.08.24	21.08.24	<u>Warsztat 3 - Dlaczego buzia czuje smak?</u>
CZWARTEK	27.06.24	11.07.24	25.07.24	08.08.24	22.08.24	<u>Warsztat 4 - Co burczy w brzuchu?</u>
PIĄTEK	28.06.24	12.07.24	26.07.24	09.08.24	23.08.24	<u>Warsztat 5 - Co myśli mózg?</u>
PONIEDZIAŁEK	01.07.24	15.07.24	29.07.24	12.08.24	26.08.24	<u>Warsztat 6 - Co łamie w kościach?</u>
WTOREK	02.07.24	16.07.24	30.07.24	13.08.24	27.08.24	<u>Warsztat 7 - Rzućmy okiem na...</u>
ŚRODA	03.07.24	17.07.24	31.07.24	14.08.24	28.08.24	<u>Warsztat 8 - Głęboki oddech.</u>
CZWARTEK	04.07.24	18.07.24	01.08.24	15.08.24	29.08.24	<u>Warsztat 9 - Co filtrują nerki?</u>
PIĄTEK	05.07.24	19.07.24	02.08.24	16.08.24	30.08.24	<u>Warsztat 10 - Co słychać w uchu?</u>

**2. ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo ww. Uczestnika w warsztatach WAKACJE 2024. „BYŁO SOBIE ŻYCIE” organizowanych przez Organizatora (Strefę Wysokich Lotów Białystok). Biorę przy tym pełną odpowiedzialność podczas jej/jego pobytu w Obiekcie za kontuzję lub inne urazy powstałe w trakcie warsztatów NIE z winy osób prowadzących. Oświadczam również, że jestem w stałym kontakcie z kierownictwem Strefy Wysokich Lotów i będę zgłasza(a) wszelkie niepokojące sytuacje lub w razie nieścisłości będę informowa(a) Organizatora o wszelkich problemach dotyczących Uczestnika. Oświadczam również, że nie będę rościł/a sobie praw do odszkodowania czy zadośćuczynienia w jakiegokolwiek sytuacji powstałej z wyżej wymienionych przyczyn. Oświadczam, iż zostawiłem/am pełne dane oraz telefon kontaktowy w recepcji Strefy Wysokich Lotów Białystok w celu kontaktu w nagłych przypadkach.

Deklaruję, że każdorazowo odprowadzę i odbiorę Uczestnika z warsztatów - biorę za nie w tym czasie pełną odpowiedzialność. Jeżeli dziecko opuszcza Obiekt, to znaczy, że robi to z mojego polecenia.

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA.....



# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WARSZTATÓW WAKACJE 2024. CIAŁO CZŁOWIEKA! CZĘŚĆ II

### 3. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA

Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, aby uczestniczyć w warsztatach organizowanych przez Strefę Wysokich Lotów. W przypadku wystąpienia objawów infekcji lub innej choroby, w szczególności zakaźnej, fakcie zamieszkiwania Uczestnika warsztatów z osobą przebywającą na kwarantannie oraz kontaktu Uczestnika z osobą podejrzaną o zakażenie chorobą zakaźną w okresie 14 dni przed datą rozpoczęcia warsztatów, zobowiązuję się do powiadomienia Organizatora o zaistniałej sytuacji przed rozpoczęciem udziału w warsztatach WAKACJE 2024. BYŁO SOBIE ŻYCIE.

W przypadku podejrzenia wystąpienia choroby zakaźnej u Uczestnika (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) do 12 godzin od odbioru Uczestnika z Wydarzenia zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o zaistniałej sytuacji telefonicznie pod nr +48 537 050 202 w godzinach 10:00-21:00 lub na adres email: bialystok@strefawysokichlotow.pl szczególnie w godzinach 21:00-10:00.

Upoważniam członków kadry Strefy Wysokich Lotów do pomiaru temperatury ciała Uczestnika Warsztatów.

Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika, w szczególności o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym.

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

Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary).

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

### 4. ZNAJOMOŚĆ REGULAMINÓW

Zaświadczam, że przeczytałem/am aktualny regulamin Obiektu Strefy Wysokich Lotów Białystok oraz Regulamin WAKACJE 2024. „BYŁO SOBIE ŻYCIE”, nie wnoszę do nich uwag i akceptuję ich treść, co potwierdzam podpisem poniżej.

### 5. TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE

Podpisując dokument zgadzam się, żeby moje dane były przetwarzane zgodnie z polityką prywatności dostępną w recepcji Obiektu oraz na stronie [www.strefawysokichlotow.pl/bialystok/kontakt/](http://www.strefawysokichlotow.pl/bialystok/kontakt/).

Zgadzam się na użycie moich danych w celu doręczenia informacji handlowej dotyczącej Strefy Wysokich Lotów (zaznacz poprawne). **(NIE / TAK)**

### 6. SAMODZIELNY POWRÓT DO DOMU

Zgadzam się na samodzielny powrót do domu Uczestnika warsztatów (zaznacz poprawne). **(NIE / TAK)**

### 7. UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU UCZESTNIKA

Upoważniam poniższe osoby do odbioru Uczestnika Warsztatów w moim imieniu:

.....  
OSOBA ODBIERAJĄCA 1: IMIĘ I NAZWISKO; NR TELEFONU

.....  
OSOBA ODBIERAJĄCA 2: IMIĘ I NAZWISKO; NR TELEFONU

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA.....

