

**INFORMACJA ORGANIZATORA IMPREZY:**

Kod imprezy 25Austria02

Pensjonat Imbachhorn\*\*\* Austria

Zapisy: Grzegorz Urgacz tel.: +48 695-282-488, e-mail: grzegorz.urgacz@talent.edu.pl

**Zgłoszenie Uczestnika :**

Ja, niżej podpisana/y, wnioskuję o przyjęcie mojego dziecka:

Imię i nazwisko uczestnika.....

Data urodzenia .....Tel. kom .....e-mail.....

Nr Paszportu lub Dowodu Osobistego.....

Adres zamieszkania uczestnika.....

Tel. kom. rodziców, opiekunów prawnych :.....

Adres rodziców, opiekunów prawnych .....

(w czasie pobytu uczestnika na obozie)

Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu w wysokości: 3150 PLN + 220 Euro

Data.....Podpis .....

Przy rezerwacji miejsca przedpłata w wysokości 1000 PLN do 18.10.2024r

Pozostałą kwotę do 20.01.2025 na konto: **16 1020 1853 0000 9302 0089 4253**

W ramach obozu zapewniamy:

- przejazd luksusowym autokarem
- 7 dni pobytu w Pensjonacie Imbachhorn\*\*\* Austria
- całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiadokolacja)
- opiekę rezydenta, kadry instruktorskiej
- 3 grupy narciarskie i snowboardowa
- ubezpieczenie KL 400 000 PLN i NNW 25000 PLN
- dodatkowe atrakcje (gry logiczne i planszowe, piłkarzyki, just dance now, wieczory podróżnicze)
- SKIPASS 6-dniowy: na cały rejon Kaprun -Zell am See- Saalbach - Leogang

**Informacja rodziców o uczestniku**

1.) przebyte choroby.....

2.) szczepienia ochronne.....

3.) wzrost, waga, grupa krwi.....

4.) dolegliwości w ostatnim roku\*: omdlenia, bóle głowy, bóle brzucha, niedosłuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne.....

5.) dziecko jest nadpobudliwe (inne informacje o usposobieniu i zachowaniu).....

6.) dziecko jest uczulone\* tak/nie (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu).....

7.) dziecko nosi\* okulary, aparat ortodontyczny inne aparaty.....

Zażywa stale leki:.....

8.)inne uwagi.....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na Obozie.

.....  
*data*.....  
*podpis matki i ojca lub opiekuna*

✂

Wpłaty Nazwa odbiorcy:

Numer konta

Stowarzyszenie Talent Gdynia al. Zwycięstwa96/98

**16 1020 1853 0000 9302 0089 4253**

tytułem: 25Austria02 (+ imię i nazwisko uczestnika-narty)

