**KARTA UCZESTNIKA REKOLEKCJI**

**Konstancin- Jeziorna 09-14.07.2017**

**Tel. Kontaktowy: s. Agnieszka Mazur 665479083**

**1. Dane dziecka**Imię i nazwisko............................................................................................................................

Data urodzenia…………………….....................................Wiek...............................................  
Adres……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..………….............................................  
PESEL DZIECKA:......................................................................................................................  
Tel. kontaktowy do rodzica lub opiekuna ……………...............................................................  
  
**2. Oświadczenie**Wyrażam zgodę na pobyt na rekolekcjach w Konstancinie-Jeziornej dziecka: …………………………………………………………………………………………………

pod opieką Sióstr od Aniołów oraz osób prowadzących rekolekcje w dniach 09-14.07.2017 r.

.........................................................................................................  
(data, miejsce, podpis rodzica lub opiekuna)

**3. Prosimy o zabranie ze sobą:**

**- LEGITYMACJA SZKOLNA - OBOWIĄZKOWO!**

- obuwie na zmianę (wygodne do chodzenia), kapcie,  
- czapeczka od słońca **- koniecznie** **!**, odzież ochronna przed deszczem – **koniecznie! ,** plecaczek **– koniecznie!**  
- odpowiednie leki, które dziecko używa.  
**Uwaga**: Na rekolekcjach panuje zasada, że na czas pobytu, dzieci oddają tel. komórkowe osobie odpowiedzialnej. Po przyjeździe zostanie ustalony czas na kontakt telefoniczny z Rodzicami, zazwyczaj jest to czas po kolacji.  
  
**4. Zalecenia zdrowotne WAŻNE !!!**Prosimy o podanie stanu zdrowia dziecka: choroby, uczulenia, dolegliwości itp. oraz zalecenia co do postępowania.  
  
...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  
  
  
W razie potrzeby wyrażam zgodę na leczenie i ewentualną hospitalizację mojego dziecka.

(podpis rodzica lub opiekuna)