

Wytnij i wypełnij formularz zgłoszeniowy oraz prześlij na poniższy adres

Kościół Chrześcijan Baptystów Leszek Wakuła
ul. Nawrot 27
90-061 Łódź

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania z kodem pocztowym:
.....

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy do rodziców w czasie trwania Camp'u „Przemiany”:
.....

Czy jesteś członkiem Kościoła: TAK NIE

Jestem członkiem Kościoła (nazwa Kościoła, gdzie?):
.....

Numer PESEL

Kasa chorych

Dolegliwości i objawy występujące u dziecka (podkreślić): *omdlenia, wymioty, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, krwotoki z nosa, ataki duszności, drgawki, przewlekły kaszel, szybkie męczenie, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie*

Uczulenie na pokarmy, Jakie?

Uczulenie na leki, jakie?

Inne uwagi:

.....
.....

Data i podpis rodziców (opiekunów)

podpis/pieczątka lekarza

Wpłaciłem przedpłatę: TAK NIE Wpłaciłem całą kwotę na konto: TAK NIE