**Karta zgłoszenia**

**Augustów**

**13-19.07.2014**

1. Imię i nazwisko ...................................................................................
2. Data urodzenia i miejsce ...............................................................................................................
3. PESEL …………………………………………………………..........
4. Dokładny adres zamieszkania, numery telefonów rodziców

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

1. Choroby, uczulenia, stosowane leki, jakie i ile

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

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

1. W razie nagłego wypadku należy poinformować

kogo .....................................................................................................

tel. ........................................................................................................

adres.......................................................................................................

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

PODPIS RODZICÓW

Kontakt:

Ks. Jakub Lechniak

509 68 38 37

[kubala81@gmail.com](mailto:kubala81@gmail.com)