

NYÁRI KOSÁRLABDA TÁBOR

/Helyszín: DE Kossuth Lajos Gyakorló Gimnáziuma Tornacsarnoka – Debrecen, Csengő utca 4./

JELENTKEZÉSI LAP

RÉSZTVEVŐ ADATAI

NÉV:

SZÜLETÉSI HELY, DÁTUM:

LAKCÍM:

TELEFONSZÁM (HA VAN):

TAJ SZÁM:

EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓK (orvosi kezelés, kötelező gyógyszerek, korábbi sérülések, allergia, ételérzékenység):



SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) ADATAI:

NÉV:

MOBIL TELEFONSZÁM (probléma esetén bármikor hívható):

E-MAIL CÍM:

A tábori turnusok (a kiválasztottat aláhúzni):

<u>2024. június 24-28.</u>	<u>2024. július 1-5.</u>	<u>2024. augusztus 26-30</u>
I. turnus részvételi díja:	II. turnus részvételi díja:	III. turnus részvételi díja:
50 000 Ft	50 000 Ft	50 000 Ft

A részvételi díj első összegének, 25 000 Ft befizetésének határideje: 2024. június 10.

Az I-II. turnus részvételi díjának fennmaradó összegének befizetési határideje: 2024. június 20.

A III. turnus részvételi díjának fennmaradó összegének befizetési határideje: 2024. augusztus 20.

A részvételi díjat a Cívis Kosárlabda Klub Kft bankszámlájára utalással kell befizetni.

Bankszámlaszám: ERSTE Bank: 11600006-00000000-44962713

Testvérek számára, illetve több turnusra jelentkezők számára a táborozás össz díjából 10% kedvezményt biztosítunk.

ALÁÍRÁS: _____

A jelentkezési lap aláírásával kijelentem, hogy minden szükséges információt átadtam, gyermekem egészséges és részt vehet a Nyári Kosárlabda Táborban, a tábor költségeit vállalom és teljesítem.

A mellékelt nyilatkozatot a tábor kezdetén aláírva átadom.

NYILATKOZAT

1. A gyermek neve: _____

2. A gyermek születési dátuma: _____

3. A gyermek lakcíme: _____

4. A gyermek anyjának neve: _____

5. Nyilatkozat arról, hogy gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz

5.1.2. Torokfájás

5.1.3. Hányás

5.1.4. Hasmenés

5.1.5. Bőrkiütés

5.1.6. Sárgaság

5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

5.2. a gyermek tetű- és rühmentes

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve, aláírása, lakcíme, telefonos lakcíme:

név - aláírása

Lakcím: _____

Tel.: _____

7. A nyilatkozat kiállításának dátuma: 2024.