



## DODATKOWA INFORMACJA O DZIECKU

Niniejszy arkusz należy wysłać wraz umową na adres biura B.T. PRECURSOR:

Dyrektor  
B.T. PRECURSOR  
ul. Wojska Polskiego 2/1  
47-400 Racibórz

Jeśli dziecko zażywa stale leki lub wymaga wykonywania innych czynności medycznych (np. podawanie insuliny, zmiany opatrunków itp.), to prosimy o szczegółowy opis tych czynności lub dawkowania leków. Wypełnioną i podpisaną kartę proszę przesłać do naszego biura (listem poleconym) najdalej na 14 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia turnusem.

<b>IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO RODZICA</b>	
<b>ADRES RODZICA</b> <i>(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i lokalu)</i>	
<b>NAZWA TURNUSU</b>	
<b>MIEJSCE ORGANIZACJI TURNUSU</b>	
<b>TERMIN TURNUSU (OD-DO)</b>	
<b>KOD TURNUSU</b>	
<b>OPIS CHOROBY</b>	
<b>LEKI I ICH DAWKOWANIE</b>	
<b>INNE CZYNNOCI MEDYCZNE OPIS CZYNNOCI</b>	

  

<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	<b>DATA</b>	<b>PODPIS RODZICA</b>