

ROLLER CAMP INFORMÁCIÓ:

Alsó korhatár: 11 ÉV

Max létszám : 25fő

Az ár tartalmazza a következőket:

- Factory póló
- Napi 3 étkezés (Reggeli, Ebéd, Vacsora)
- Szállás /hozz magaddal : hálózsák, párna, tisztálkodási eszköz, váltóruha, papucs, cipő, melegítő, törölköző, taj másolat, diákigazolvány)
- Oktatás, mini versenyek, bemutatók
- Trikozás
- Paintball vagy Lézerharc szavazás szerint
- Falmászás
- Korlátlan: óriás sakk, óriás csocsó, trambulín, szivacs gödör, csocsó ,
PingPong, foci, röplabda....stb

2022. július 10.-15. vasárnap 14:00-péntek 14:00-ig 65.000 Ft
2022. augusztus 14.-17.- vasárnap 14:00-szerda 16:00-ig 43.500 Ft

Információ: 70/432-7688

Jelentkezés menete:

1. jelentkezési lap kitöltése (elküldése)
2. előleg befizetése

Jelentkezés: factorytabor@gmail.com

A HELYEDET AZ ELŐLEG BEFIZETÉSÉVEL TUDOD BEBIZTOSÍTANI (32.500 Ft)

Lemondás esetén, az előleget nem áll módunkban visszafizetni!

Banki adatok: Komlóstetői Kerékpáros Sport Klub

számlaszám: 55400266-10002584

Közlemény: 1. -vagy 2. turnus Gyermekek neve

A fennmaradó összeget a helyszínen kell készpénzben rendezni!

ROLLER CAMP JELENTKEZÉSI LAP

Név:

(szül.év:.....hónap:.....nap:..... anyja neve:

Alulírott.....(szülő, törvényes képviselő neve)

Telefon:.....**Email:**.....

Lakcím:

kérem gyermekem felvételét a Factory Sport Aréna **Roller táborba** az alábbi megjelölt időpontban! (kérjük, X-el jelölje!)

TURNUSOK:

1. 2022. július 10.-15. vasárnap 14:00-péntek 14:00ig 65.000Ft
2. 2022. aug 14.-17.- vasárnap 14:00-szerda 16:00 43.500Ft

A turnusok 15fő esetén indulnak el!

Max létszám: 25 Fő

GYERMEK NEVE:	
TAJ kártya szám	
ÉTELÉRZÉKENYSÉG	
nincs	
laktóz	
glutén	
egyéb	
ALLERGIA	
megnevezés	
GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG	
megnevezés	

Kijelentem, hogy gyermekem egészséges és fizikailag terhelhető foglalkozáson részt vehet.

Dátum:

Törvényes képviselő aláírása:.....

factorytabor@gmail.com

2. melléklet a 12/1991. (V. 18.) NM rendelethez

Szülői nyilatkozat

a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről
szóló 12/1991. (V. 18.) NM rendelethez

- A gyermek neve:
- A gyermek születési dátuma:.....
- A gyermek lakcíme:.....
- A gyermek anyjának neve:.....
- Nyilatkozat arról, hogy
 - a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
 - Láz
 - Torokfájás
 - Hányás
 - Hasmenés
 - Bőrkiütés
 - Sárgaság
 - Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
 - Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
 - a gyermek tetű- és rühmentes
- A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve, aláírása, lakcíme, telefonos elérhetősége:
.....
.....
.....

DÁTUM:

.....

törvényes képviselő aláírása