

VECĀKU ATĻAUJA

Lūgums lasīt un aizpildīt to kopā ar bērnu - dalībnieku!

Es,

_____ (likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds)

_____ (deklarētā dzīvesvietas adrese)

piekrītu, ka mans nepilngadīgais bērns piedalās biedrības "Nākotnes iela" rīkotajā pasākumā "**Personības izaugsmes treniņi un praktiskas apmācības Carnikavas novada jauniešiem: projekts UPES PUSE**" un tā izglītojošajās, izzinošajās, radošajās, sportiskajās aktivitātēs (arī peldēšanā) un pārgājienos laika posmā no 01.08.2016. līdz 5.08.2016.

DALĪBNIEKA ANKETA

(visas ailes aizpildīt **OBLIGĀTI**)

1. Dalībnieka vārds, uzvārds: _____

2. Dalībnieka dzimšanas dati: _____

DD. MM. GGGG.

3. Dalībnieka deklarētā dzīvesvietas adrese: _____

Faktiskā (ja atšķiras no deklarētās): _____

4. Dalībnieka likumisko pārstāvju (mātes, tēva, aizbildņa, citas personas, ja vecāki nav sasniedzami):

4.1. vārds, uzvārds: _____

tālr. _____

4.2. vārds, uzvārds: _____

tālr. _____

4.3. vārds, uzvārds: _____

tālr. _____

Apvelciet izvēlēto atbildi!

5. Vai Jūsu bērns prot peldēt?

Jā

Nē

6. Bērns pēc dienas aktivitātēm (~ plkst.20:00) patstāvīgi drīkst doties mājās

Jā

Nē

7. Vai piekrītat, ka Jūsu bērns pasākuma laikā tiek fotografēts?

Jā

Nē

8. Vai piekrītat, ka Jūsu bērns ceturtdienā, 4.augustā nakšņo pasākuma norises vietā "Taču būdas" saimniekmājas pagalmā guļammaisā zem tenta/teltī?

Jā

Nē*

*Gadījumā, ja Jūs nepiekrītat bērna nakšņošanai ārpus mājas, bērns nakšņo mājās un ir gaidīts nākamajā dienā.

9. Cita būtiska informācija par dalībnieku:

9.1. Bērnam ir īpašas vajadzības vai rakstura īpatnības (*piem., jaunietis baidās no..., ir nervozs-viegli aizkaitināms ... u.c. svarīga informācija*):

9.2. Bērnam ir šādas alerģijas (ārsta noteiktas):

pārtikas: _____

medikamentu: _____

citas: _____

9.3. Bērns **IR / NAV** potēts pret ērcu encefalītu. Dalībnieka likumiskais pārstāvis uzņemas pilnu atbildību par bērna veselību un dzīvību, ja potēšana pret ērcu encefalītu nav veikta.

10. Pasākuma rīkotāji ir atbildīgi par pirmās palīdzības sniegšanu bērnam, savlaicīgu nogādāšanu ārstniecības iestādē un ziņošanu par notikušo vecākiem. **PIEKRĪTU / NEPIEKRĪTU**, ka manam bērnam vajadzības gadījumā tiek sniegta medicīniskā palīdzība un visas nepieciešamās manipulācijas.

11. Ja nepieciešams sazināties ar bērnu vai nodot kādu informāciju, zvaniet pasākuma aktivitāšu vadītājam Kristapam Kravalim (tālr.28864248).

12. Apņemos samaksāt 5 EUR dalības maksu līdz 27.07.2016., veicot pārskaitījumu uz biedrības kontu ar norādi "Dalības maksa par *dalībnieka vārds, uzvārds* dalību projektā "Upes puse"" (biedrība "Nākotnes iela", reģ. nr. 40008124049, SWED BANK, LV04HABA0551037176359), vai arī skaidrā naudā pasākuma norises vietā 1.augustā.

Iepazīnos un apņemos ievērot:

_____ (dalībnieka – bērna paraksts)

_____ (vārds, uzvārds)

Dalībnieka likumiskais pārstāvis:

_____ (paraksts)

_____ (vārds, uzvārds)

Datums: _____