**JELENTKEZÉSI LAP**

**A GYERMEK NEVE:**

**SZÜLETÉSI HELYE:**

**SZÜLETÉS DÁTUMA:**

**LAKCÍME:**

**TAJ - SZÁMA:**

**VOLT-E MÁR KAPOCS PROGRAMON/TÁBORBAN GYERMEKE?

MELYIK ISKOLÁBA JÁR GYERMEKE?**

**SZÜLŐ/GONDVISELŐ NEVE ÉS CÍME:**

**SZÜLŐ/GONDVISELŐ TELEFONSZÁMA (mobil és esetleg munkahelyi):**

**Apa: Anya:**

**E-MAIL:**

**Részvételi díj:**

**1 alkalom: 500 Ft**

**4 alkalmas bérlet: 1800 Ft, melyet fél év alatt szükséges igénybe venni.**

Amennyiben mód van rá a szülő/gondviselő által aláírt jelentkezési lapot szkennelve kérjük visszaküldeni, de személyesen is elfogadjuk.

Engedélyezem, hogy gyermekemről a program idején fénykép, videó készüljön és az a Kapocs honlapjára, Facebook oldalára felkerülhet.

 Igen nem

Ki viheti haza a program helyszínéről a gyermeket a szülőkön kívül? (Pontos név)/Hazamehet egyedül. (A megfelelő rész aláhúzandó.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A jelentkezés és a részvétel feltételei:**

1. A programon való részvételhez nyilatkozat kitöltésére van szükség, melyben a szülő arról nyilatkozik, hogy gyermeke részt vehet a programon. A programra csak egészséges gyermekeket tudunk fogadni.
2. A Kapocs a gyermekek személyes tárgyaiért, értékeiért, ill. készpénzéért nem tud felelősséget vállalni.
3. Banki átutalás esetén a számlaszám:

**Kapocs a Gyermekekért Nonprofit Kft. számlaszáma:**

CIB: 10700495-49299005-51100005

**Közleménybe kérjük, hogy a következőket írja be:**

**mesterségünk címere 2012, gyermek neve, születési évszám**

A program díját legkésőbb a program megkezdésekor szükséges rendezni. A jelentkezési lapot aláírva, szkennelve kérjük eljuttatni e-mailben vagy aláírva személyesen átadva.

**NYILATKOZAT**

Alulírott\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (szülő/gondviselő neve)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(anyja neve, lakcím)

hozzájárulok, hogy

gyermekem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(gyermek neve, születési dátum, lakcím)

a Kapocs a Gyermekekért Nonprofit Kft. által szervezett *Mesterségünk címere* programon részt vegyen.

A jelentkezés, részvétel feltételeit tudomásul vettem.

…………………………………..

SZÜLŐ NEVE

….………………………………….

SZÜLŐ ALÁÍRÁSA

DÁTUM:..............................................