

**Organizator: Stajnia „Eliksir”
Ul. Kwiatowa 19
43-370 Szczyrk
Tel. 516272020**

Deklaracja uczestnika *Wakacji w siodle*

Imię i nazwisko Uczestnika

Adres zamieszkania.....

.....

.....

Uczestnik deklaruje chęć pobytu na wakacjach w siodle od dnia

do dnia..... r.

Uczestnik zobowiązuje się do przestrzegania regulaminu, poleceń instruktorów/opiekunów oraz zasad współżycia koleżeńskiego.

Data i podpis.....

Oświadczenie rodzica

Wyrażam zgodę na pobyt mojego dziecka/os. nad którą sprawuję opiekę na *Wakacjach w siodle* w terminie od do Jednocześnie oświadczam, że zdaję sobie sprawę z ewentualnych następstw nieszczęśliwych wypadków mogących zdarzyć się w związku z przebywaniem z końmi, jazdą konną i opieką nad koniem. W związku z tym zwalnię Organizatora od odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenia ciała, choroby, a w razie sytuacji zagrożenia życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu wyrażam zgodę na leczenie szpitalne Uczestnika.

PESEL DZIECKA:.....

NUMER KONTAKTOWY.....

Data i podpis rodzica.....

Nr. dowodu osobistego.....