



Табір Бандури "Літня Зустріч"

"Litna Zustrich" Bandura Camp

AUGUST 19 - 26, 2018

UNF Sokil Campground - Hawkestone, ON

Medical Form

Last Name: _____

First Name: _____

Address: _____ Postal code: _____

Home Tel: _____ Work: _____ / Mother (if under 18)

Cell: _____ Work: _____ / Father (if under 18)

Date of Birth: _____ Health Card # & Version Code: _____

Name & Telephone of Physician: _____

Pertinent Medical History – allergies, illnesses, allergic reaction to medication, etc. Yes No

If applicable please specify action normally taken: _____

If you have food allergies, please describe in detail which foods to avoid, and necessary actions: _____

Are you presently on any medication? Yes No

For campers 17 and under, please make sure the medication is given to camp director/nurse.

If yes, please specify: name of medication, dosage, time best to be taken, possible side effects and actions: _____

Emergency Contact:

1. _____
Name & Surname Home & Bus. Tel#

Relationship to the camper: _____

2. _____
Name & Surname Home & Bus. Tel#

Relationship to the camper: _____

For Campers 17 and under:

Does your child require use of aids such as glasses, contacts, etc. _____ Yes _____ No

Please specify: _____

Please specify any limitations to physical activities: _____ none

Please specify any emotional needs your child may have – fears, nightmares, social needs: _____ none

Has your child received the required immunization? _____ Yes _____ No

If no please specify: _____

СВІДЧЕННЯ БАТЬКІВ

1. Я підтверджую участь своєї дитини на цьому таборі і даю згоду, щоб моя дитина брала участь в усіх запланованих заняттях;
2. За невідповідну поведінку, КОМАНДА ТАБОРУ має право виключити мою дитину з табору без повернення оплати. В такому випадку, батьки дають згоду відразу ж приїхати і забрати свою дитину;
3. Команда табору забезпечує мою дитину тільки т. зв. "PUBLIC LIABILITY". Всі інші видатки (лікар, перебування у лікарні, медикаменти і т.д.) покриває родинне забезпечення;
4. Цим я даю право і дозвіл КОМАНДІ ТАБОРУ замінити мою особу в разі потреби медичної обслуги для моєї дитини;
5. Я даю згоду на те, щоб фото моєї дитини можна було публічно розміщати на нашій офіційній website, а також на сторінці в Facebook.

Power of attorney - I hereby grant the Director of the Litna Zustrich Bandura Camp authority to act as legal guardian of my child, in the event of the necessity of medical treatment:

- a) When at Litna Zustrich Bandura Camp
- b) Where Parents can not be contacted

Consent to medical treatment

To: Any Qualified Health Care Provider

I hereby consent to the administration of any medical treatment deemed by any qualified medical practitioner to be necessary for the health and welfare of my child including the administration of an anesthesia and the performance of any necessary operation during the period _____
(month-day-year)

First & Last Name of Parent: _____

I HAVE READ ALL THE INFORMATION, I UNDERSTAND AND AGREE WITH IT:

Date: _____ Signature of Camper/Parent: _____

For more information, contact:

ZustrichBanduraCamp@gmail.com

Oksana Zelinska-Shevchuk
416-509-4359Oleksander Petlura
905-973-6468**Аплікації приймаються до 1-го липня 2018 року. Вартість табору \$450.**