**Личная карточка Отдыхающего**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО Отдыхающего:** |  |
| Пол: |  |
| Дата Рождения |  |
| Адрес проживания:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО Представителя 1:** |  |
| Электронный адрес  |  |
| Контактный номер телефона: |  |
| **ФИО Представителя 2:** |  |
| Электронный адрес  |  |
| Контактный номер телефона: |  |

**Сведения об Отдыхающем:**

Есть ли у ребенка хронические заболевания? Какие? \*
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Есть ли у ребенка аллергии? На что? \*

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

Есть ли необходимость в систематическом приеме лекарств? Каких? \*

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

Есть ли у ребенка ограничения по питанию? Какие? \*

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

Дополнительная информация о вашем ребенке, которую вы считаете нужным сообщить нам:

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

|  |
| --- |
| Заказчик подтверждает достоверность и полноту указанной выше информации.**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись** |