

ПЛАСТ

Організація Української Молоді
Пластова Станиця в Монреалі



PLAST

Association de la Jeunesse
Ukrainienne du Quebec
Ukrainian Youth Association of
Quebec

3355 DANDURAND, MONTREAL, QUEBEC H1X 1M7

КАРТА ОГОЛОШЕННЯ НА ЮНАЦЬКИЙ ТАБІР

Відбудеться: 9^{ого} до 17^{ого} серпня 2003

Місце: Пластова Оселя Батури, South Bolton, Quebec

Оплата \$250.00

Ім'я і Прізвище: _____
(латинкою) *Family name* *Given name*

Адреса: _____
(латинкою) _____

Телефон: _____ Телефон до праці: _____

Дата Народження: _____

Гурток: _____ Курінь: _____

Юнацькі вмілості, проби : _____

Заплачена оплата : _____ Чек _____ Готівка _____ Інше _____

Дата: _____

Підпис батька або мами

Підпис пластинки/пластуна

ПЛАСТ

Організація Української Молоді
Пластова Станиця в Монреалі



PLAST

Association de la Jeunesse
Ukrainienne du Quebec
Ukrainian Youth Association of
Quebec

3355 DANDURAND, MONTREAL, QUEBEC H1X 1M7

МЕДИЧНІ ІНФОРМАЦІЇ

Ім'я і Прізвище: _____
(латинкою) *Family name* *Given name*

Адреса: _____
(латинкою) _____

Телефон до дому: _____ Ім'я Батька або Мами _____
Телефон на роботу: _____

Вік: _____ Ріст: _____ Вага: _____

Медичне число і доки важна карта: _____

Дата останнього застріка проти тетнасу: _____

Чи має алергії, які: _____

Ім'я і прізвище домашнього лікаря: _____

Адреса і телефон домашнього лікаря: () _____

Дата останньої лікарської перевірки: _____

Контакт Лензи _____ Окуляри _____

Завваги і побажання: _____

ПЛАСТ

Організація Української Молоді
Пластова Станиця в Монреалі



PLAST

Association de la Jeunesse
Ukrainienne du Quebec
Ukrainian Youth Association of
Quebec

3355 DANDURAND, MONTREAL, QUEBEC H1X 1M7

MEDICAL INFORMATION

Name: _____

Address: _____

Home Telephone: () _____

Name of Parent or Guardian: _____

Telephone number of Parent or Guardian (work): _____

Age: _____ Height: _____ Weight: _____

Medicare number: _____ expiry date: _____

Date of last tetanus vaccination: _____

Will your son/daughter be taking any medication during the duration of the camp?

Provide details: _____

Allergies?: _____

Name of family doctor: _____

Address and telephone number of family doctor: () _____

Date of last medical examination: _____

Additional Comments: _____

