

Zgoda rodziców na udział dziecka w akcji „Noc w Bibliotece”
Organizowanej przez Bibliotekę w Przybysławicach

1. Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki
Imię i nazwisko.....
w akcji „Noc w Bibliotece”, w dniach 9 maja (piątek) od godz. 20.00 do
10 maja (sobota) godz. 8.00.

Imię i nazwisko opiekuna i czytelny podpis.....
2. Jednocześnie informuję, że syn/córka :
nie choruje/choruje na przewlekłe choroby (jakie?).....
jest uczulony/uczulona, /nie jest uczulony/uczulona(na co?).....
Inne uwagi.....
3. Dane adresowe opiekuna:
Adres zamieszkania.....
Telefon domowy.....
Telefon komórkowy opiekuna.....
4. Po zakończonej akcji:
- dziecko zostanie odebrane przez.....do godz. 9.00
- dziecko może powrócić samodzielnie do domu TAK/NIE

.....
Data i podpis rodzica

Informacje dla rodziców:

- Dzieci powinny zabrać ze sobą śpiwór (konieczność) i suchy prowiant;
- Jeśli rodzice/opiekunowie chcą uczestniczyć w akcji częściowo lub w całości proszeni są o informację na oświadczeniu

Program:

- 19.00-19:30 - przybycie uczestników
- 19.30- 20.30 - pasowanie na czytelnika
- 20.30-20.45 - poczęstunek (sok, ciastka)
- 20.45-21.15 - szukanie skarbów w bibliotece
- 21.15-22.00 - straszne historie
- 22.00-07.00 - cisza nocna
- 7.00 – pobudka
- 7.15 – poczęstunek (herbata, kanapki)
- 7.25 - rozdanie certyfikatów uczestnictwa w akcji dla nowych czytelników
- 07.30– odbiór dzieci przez rodziców