



****Registreerimine laagris /Registration hours at camp: pühapäeviti /Sundays 11:00 el /am – 1:00 pl****

Perekonna nimi /surname: _____ e-post /email: _____
 Address / Address: _____
 telefoni #/ Phone #: _____

			esimene nädal / 1 st week	teine nädal / 2 nd week	kolmas nädal / 3 rd week	neljas nädal / 4 th week				
	Lapse nimi / Child's Name	Vanus / Age	12 - 19 July	19 - 26 July	26 July - 2 Aug	2 - 9 Aug		nädalate arv no. of weeks.	Hind (CAD) / Price (Cdn)	
1								0	x \$300.00	
2								0	x \$290.00	
3								0	x \$280.00	
4								0	x \$280.00	
5								0	x \$280.00	
6								0	x \$280.00	
(märkida osalemis - nädalad / mark off each week of attendance)										
	Introductory Cycling Program w/ VellandTech bicycle (coached by Daniel Wells) :: week 2 surcharge								0	x \$500.00
	Introductory Cycling Program w/ approved personal bicycle (coached by Daniel Wells) :: week 2 surcharge								0	x \$150.00
	Registreerimistasu peale 31. mai / late fee after 31 st May : laste arv / # of children x \$25.00								0	x \$25.00
	Ei ole seltsi liige (perekonna tasu) / non-society member fee per camp \$25.00								0	x \$25.00
	TALGUD / WORKDAYS (7 tunniline päev / 7 hour day) 2 päeva talgu tööd pere pealt või \$75.00 tööpäeva asemel / 2 days volunteer work per day per family or \$75.00 per family per day								0	x \$75.00
KOKKU / TOTAL:										

Allkiri /signature _____

Kuupäev /date _____

Registreerimisleht ja terviseankeet tagastada koos tšekkiga kirjutatud /Registration and health forms, along with cheque to be made out to:

„Estonian Children's Summer Camp Society“ saata laagri korraldajale / send care of camp director:

John Kärid 35 High Street, Terra Cotta, Ontario, L7C 1N7 tel: 416-716-0079

Olen nõus annetama aega laagriale _____ alal _____ päevaks.



SEEDRIORU LASTE SUVEKODU

Isiklik terviseankeet / Personal Health Form

Seda informatsiooni kasutatakse diskreetselt kasvataja, laagrijuhataja või esma-abi personali poolt, et kindlustada osaleja heaolu laagris. Kogu informatsioon on **konfidentsiaalne**. The Information on this form will be used at the discretion of the Councillor, Director or medical personnel to ensure care and attention is given to the health of the participant. All information on this form is considered **Personal and Confidential**. (Täita ja tagastada registreerimisel / To be completed, signed & handed in at registration.)

Nimi / Name		Perekonna / Surname		Eesnimi / Given Names		Sünniaeg. / Date of Birth	
Address / Address		Nr. / No.		Tänav / Street		Korter / Apt.	
Lapsevanem või hooldaja		Parent or Guardian		Telefon kodus / Home Phone		()	
Perekonna / Surname		Eesnimi / Given Name		Tööl / Business		()	
Address (kui erineb ülaltoodust)		Address (if different from above)		Mobiil / Cell phone		()	
Nr. / No.		Tänav / Street		Korter / Apt.			
Linn / City		Provints / Province		Postiindeks / Postal Code			
Kontaktisik hädaolukorras, kui lapsevanemat ei saa kätte:				If the above are unavailable in an emergency please notify:			
Perekonna / Surname		Eesnimi / Given Name		telefon kodus / Home Phone		()	
Nr. / No.		Tänav / Street		Korter / Apt.		Linn / city	
Perekonna / Surname		Eesnimi / Given Name		Tööl / Business		()	
Nr. / No.		Tänav / Street		Korter / Apt.		Linn / city	
Haigekassa nimi / Tervise kindlustus/ Health Insurance carrier		Haigekassa kaardi nr/ Policy no. / Poliisi nr.		Perearst / Family Doctor:		Telefon / Phone no. ()	

Tegevuskavas võib olla ujumine, matkamine, paadisõit, sport, jne. Kas osavõtjal on mingeid füüsilisi või vaimseid häireid /haiguseid, mis võiksid takistada tema täielikku osavõttu tegevusest? **JAH - yes EI - no** Kui JAH, siis palun seletage: The program may include swimming, hiking, boating, sports, etc. Does the applicant suffer from any physical or emotional disorder that would prevent him/her from participating fully in this program? If so, please state full particulars: _____

Erilised juhised tervisehoiu ja/ või dieedi kohta (diabeet, taimetoitlane): Special instructions regarding health care and/or diet (diabetes, vegetarian): _____

Allergia ravimitele, toitudele, putukate hammustustele jne.: (kirjeldada reaktsiooni ja ravi) Allergies to drugs, food, insect stings, etc.: (describe type of reaction and treatment) _____

Kas laps võib vette minna / May this child go in the water? _____

Palun üle keerata/Please turn over



Osavõtja nimi: /Participants name: _____

Kas osavõtjal on järgmisi probleeme? Is the camper currently subject to any of the following?

Artriit / Arthritis	Krambid / Convulsions	Merehaigus / Motion sickness	Muu / Other _____
Hingamishäired / Respiratory ailments	Probleeme kõrvadega / Ear Trouble	Hirmuunenäod / Nightmares	
Voodi märgamine / Bed Wetting	Peavalud / Headaches	Unes jalutamine / Sleepwalking	
Kurguhäired / Tonsillitis	Minestamine / Fainting	Kõhuvalud / Abdominal pain	
Suve kõha / Summer cough	Heinapalavik / Hay fever	Ekseem / Eczema	

Palun kirjutage, mida teete ja millist ravi kasutate haigushoo ajal.: Please give details of usual treatment, should indicated condition occur: _____

Palun kirja panna KÕIK ravimid/arstirohud, mis osavõtja endaga kaasa võtab. Kõik ravimid antakse juhatajale. Kõikidel ravimitel peab olema juures kasutamisujuhend, silt omaniku nime ning ravimi nimetusega. Please list any medication, which the camper is bringing with him/her. This must be clearly labelled with name and instructions and given to the camp director on arrival at the camp. _____

Viimane teetanuse vaktsineerimine/ Kas prillid on vajalikud? kontaktläätsed?
 Date of last tetanus shot: _____ Are corrective lenses required? _____ contact lenses? _____
 Viimane: / Date of last booster: polio vaccine: _____ diphtheria: _____ pertussis: _____

Kas laps on saanud süstid / Has your child had full immunizations for: (check if "yes")

Poliomyelitis _____ Diphtheria _____ Pertussis _____ Red measles _____ Rubella _____ Mumps _____
 Kas lapsel on olnud / Has your child had: (check if "yes") Chicken pox _____ Scarlet fever _____ Red measles _____
 German measles _____ Mumps _____ Whooping cough _____ Hepatitis _____ Diphtheria _____ Rheumatic fever _____

Kroonilised häired või hiljutised haigestumised, millest juhtkond peaks teadlikud olema: Chronic Conditions or recent illnesses of which the staff should be aware: _____

Palun kirjeldada ravi või vajalikke ravimeid eelneva haiguse või häire jaoks: Please specify details of medication (over the counter and/or prescribed or treatment required for the above. _____

Muu: Other comments: _____

N:B: Osavõtjate eest hoolitsetakse nii hästi kui võimalik. Every care and attention will be given to the health and comfort of the participants.

Luban oma tütar/ poega _____ osa võtta Seedrioru Lastesuvekodu tegevusest. Olen teadlik, et kuigi laagri tegevus toimub kasvatajate pideva järelevalve all, ei ole laagri juhtkond ega Seedrioru juhatus vastutav laagris viibimise ajal minu lapsele õnnetuste tagajärjel tekkivate võimalike vigastuste ega kahjude eest.

Minu teada on nimetatud isik heas tervises, vaba nakkushaigustest ja on füüsiliselt võimeline osalema täielikult suvekodu tegevuses väljaarvatud eelnevalt kirjeldatud puudused. Kui minu laps puutub kokku nakkushaigusega vahetult enne laagrisse tulekut, kohustun teatama sellest laagri juhtkonnale.

Käesolevaga luban vastutaval isikul vajadusel paluda vajalikku arstiabi ja/ või toimetada haiglasse minu last või minu hoolealust. Olen nõus maksma kulud, mis ei ole kaetud haigekassa või tervisekindlustuse poolt.

I hereby allow my child _____ to take part in Seedrioru Children's summer camp activities. I am aware that the camp activities will take place under the supervision of councillors, however I agree that camp staff and The Estonian Summer Camp Society Inc. shall be freed from all actions, claims and demands of whatsoever kind or nature arising out of any accident which may occur or any injury which may be sustained by him/her while participating in camp activities.

To the best of my knowledge, the aforementioned individual is in good health, free from communicable diseases and is fit to participate in camp activities, except as previously indicated. If my child becomes exposed to an infectious disease just prior to coming to camp, I will notify the staff.

I hereby authorise the Camp director to secure such medical advice and services as may be deemed necessary for the health and safety of my child (or ward). I agree to accept financial responsibility in excess of the benefits allowed by Ontario Health Insurance and / or Travel health insurance plans:

Kuupäev/ Date: _____