

REGISTRASIEVORM



Bassin' Kids Jeugkamp

Rather be hooked on fishing than on drugs

BOSKOORS

Welgedacht,
KwaMahlanga-pad R753
GPS:
S25° 28.710'
E28° 27.531'

Bank Besonderhede:

Rek. Houer: SA BASS
Bank: FNB Pta Noord
Takkode: 2 5 1 0 4 5
Rek. Nr: 6 2 0 - 2 4 3 - 0 3 - 0 6 8
Verwysing: "BK + Naam van Kind"

Kampfooi:

Kampfooi @ R1,400.00 pp
Volle bedrag betaalbaar 14 dae
voor aanvang van kamp

SA BASS

Posbus 24938,
Gezina, 0031
Tel: 065 849 3264
Faks: 086 234 5026
E-pos: wilma@sabass.com

SPEEL HIERDIE VORM UIT, VOLTUOI EN FAKS NA 086 234 5026 OM TE REGISTREER

Naam en Van: _____ Datum van kamp: _____
Noemnaam: _____ ID nr. / Verjaarsdag: _____
Skool: _____ Graad: _____

BRING SAAM: Toe skoene, Hoed, Waterbottel, Sonroom, Hengelgerei, Beddegoed, Swemklere, Handdoeke, Toiletware, Ou klere, Warm baadjie, Musketroom, Flits, Sakgeld, Eie medisyne, Musiekinstrument - **GEEN SELFONE!**

Bass kampe al bygewoon Ja / Nee Indien "Ja" wanneer was die laaste kamp? _____

Ek, (volle naam en van) _____ ouer / voog van _____ (volle naam en van), gee hiermee toestemming dat my kind die SA BASS Bassin' Kids kamp mag bywoon vir die tydperk soos genoem op hierdie dokument. Ek aanvaar dat alle redelike voorsorg getref sal word deur SA BASS en sy personeel, om die veiligheid en welstand van my kind te verseker. Ek aanvaar volle verantwoordelikheid vir die betaling van enige mediese- en/of hospitaalrekeninge, indien van toepassing, in geval van enige besering wat my kind mag opdoen wat nie toegeskryf kan word aan die nalatigheid van enige personeel van SA BASS nie. Ek dra hiermee my magte as ouer/voog oor aan die eienaar van SA BASS en/of sy verteenwoordiger, indien enige mediese behandeling en/of chirurgiese ingrepe vir my kind nodig mag wees. SA BASS sal indien moontlik, alle mediese stappe wat geneem moet word eers met my as ouer telefonies bepsreek. Sover ek weet, verkeer my kind in goeie gesondheid en is hy fisies in staat daartoe om aan die genoemde kamp deel te kan neem.

Ek versoek egter dat die verantwoordelike persone van die volgende inligting omtrent my kind bewus moet wees:

(Noem enige siekte toestande bv. Asma, Harttoestande, Allergieë, Bloedingsneigings, Voedselallergieë, Epileptiese aanvalle, medikasie, ens.)

MEDIESE INLIGTING:

Mediese fonds naam & tipe plan: _____
Mediese fonds nommer: _____
Naam van hooflid: _____

KONTAK DETAILS VAN OUER #1:

KONTAK DETAILS VAN OUER #2:

NAAM & VAN: _____
VERWANTSKAP: _____
ID-NR: _____
FISIESE ADRES: _____
POSADRES: _____
WERKGEWER: _____
KONTAKNOMMER (WERK): _____
KONTAKNOMMER (HUIS): _____
KONTAKNOMMER (SEL): _____
FAKSNOMMERR: _____
E-POSADRES: _____

Geteken te _____ op _____ DD/MM/YY

(Handtekening van verantwoordelike ouer)