



30 травня 2016 р.

ЮНАЦЬКЕ СВЯТО ВЕСНИ

Відбудеться в суботу і неділю 24 - 25 червня 2017 р.

Усе юнацтво і всі виховники їдуть автобусом до
Графтону !



Реченець на зголошення - 14-ого червня – після того не приймаємо зголошення

Збірка: - **о год. 7:30 ранку**, в суботу в Пластовій домівці, 516 The Kingsway
В ОДНОСТРОЯХ

Виряд: - мандрівні черевики, спортивні тенісівки, шкарпетки (2-3 пари), светр,
плин проти сонця, шапка, пляшка на воду, дощовик, спальний мішок,
матрац, шатро (можна на спілку), минажка **і купальник і рушник**

** курінний таборовий і кухонний виряд

******* ПРИНЕСТИ Обід і Воду З СОБОЮ *******

Оплата: - **\$130.00** (включає автобус, прохарчування, відзнаку)

Зголошення приймаємо до 14-го червня 2017 р.- після того не приймаємо зголошення.

Поворот: - до Пластової домівки в неділю, приблизно о год. 7:00 вечора

**Прошу виповнити анкету і разом з оплатою (чек на “Plast Toronto”)
віддати або вислати до канцелярії:**

- поштою на адресу:

516 The Kingsway, Toronto, ON M9A 3W6

- або дати в поштову скриньку на паркані при входових дверях (з боку Kingsway)

С К О Б !

пл.сен. Андрея Фіголь

референт Юнацтва

канцелярія: toronto@plastcanada.ca / 416-769-9998

Просимо повернути виповнену анкету і оплату – до 14-го ЧЕРВНЯ 2017 р.

Приймаємо зголошення тільки до 14-ого червня.

Ім'я юнака/чки _____ Курінь ___ Гурток _____

Ім'я юнака/чки _____ Курінь ___ Гурток _____

- Я їду / ми їдемо** на Свято Весни – залучую/залучуємо \$130.00 за особу (до 14го червня)
- Я не їду / ми не їдемо** на Свято Весни

СВІДЧЕННЯ БАТЬКІВ

Даю дозвіл, щоб моя дитина брала участь у Святі Весни, яке відбудеться від 24 і 25 червня 2017 р. Пластова Станиця Торонто забезпечує мою дитину тільки т. зв. “public liability”. Всі інші видатки – лікар, шпиталь, лікарства покриває родинне забезпечення.

Оцим я даю право і дозвіл провідникам пластового зайняття заступити мою особу в разі потреби медичної обслуги для моєї дитини, якщо не можуть сконтактуватися з батьками.

Power of attorney - I hereby grant the director of the Plast activity authority to act as a legal guardian of my child, in the event of the necessity of medical treatment and in the event that the parents cannot be contacted.

Name & Surname of child: _____

Health Card #: _____

Allergies/ Medical _____

Name & Surname of parent: _____

Telephone #: _____

Cell #: _____

Date _____ Signature of Parent _____