

VIII . INFORMACJA O STANIE ZDROWIA POTOMKA W CZASIE POBYTU
W Strefie Delfinkowych Przyjaciół (dane o zachorowaniach , urazach , leczeniu itp.)

.....

.....

.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(Miejscowość , data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY – INSTRUKTORA O DZIECKU
PODCZAS POBYTU W STREFIE DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ

.....

.....

.....

.....

(miejscowość , data)

(podpis wychowawcy – instruktora).

PASZPORT obóz łuczniczy 2019

STREFY DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ

do

I . WNIOSEK o WIZĘ WJAZDOWĄ do Strefy Delfinkowych Przyjaciół (S.D.P.) dla:

1. Imię i Nazwisko potomka.....
2. data urodzenia3. adres zamieszkania
4. telefonPESEL.....email.....
5. adres i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.

.....

I. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.

1. Forma placówki wypoczynku : obóz łuczniczy
2. Adres placówki : OKW „Legnica” w Cieszynie Drawskim k/Złocieńca
3. Okres ważności wizy : turnus od 06.07. 2019 do 19. 07. 2019

Numer konta Firmy: ING 13 1050 1230 1000 0002 0312 1926

Nazwa Firmy: Strefa Delfinkowych Przyjaciół; NIP 626 105 30 85

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości : **1590 PLN**
słownie : jedentysiącpięćsetdziewięćdziesiąt zł(brutto) + 120 pln (transport) jeśli zapłacony
proszę podkreślić

Chcę (**TAK, NIE**) otrzymać fakturę
(właściwie zakreślić) poniżej koniecznie podać pełne dane odbiorcy faktury

na.....

(Firma) Imię Nazwisko kod miasto ulica nr lokalu koniecznie PESEL
(Pesel nie będzie wykorzystywany w celach komercyjnych)

Faktury wystawiane będą do dnia wyjazdu ze Strefy Delfinkowych Przyjaciół

Tworóg ,dn. 21.12.2018 r.

podpis rodziców lub opiekunów prawnych

[illegible]

Brak wypełnienia poniższych linijek traktować będziemy jak zgodę na udział w każdej formie aktywności)

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

.....

(data)

.....

(podpis pielęgniarki)

.....

.....

.....

Wyrażamy również zgodę na podjęcie działań medycznych w trakcie trwania turnusu.

.....
(data) (czytelny podpis obojga rodziców lub opiekunów prawnych)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika
placówki wypoczynku)