

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

.....
.....
.....

Organizator informuje rodziców o udzielonej pomocy medycznej.

.....
(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 ½ PÓŁKOLONII w Baranówce do STREFY DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ

I. WNIOSK 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 : PÓŁKOLONIE w Baranówce
2. Adres placówki : Ranczo Baranówka, ul. Leśniczówka 23 42-690 Nowa Wieś Tworoska
3. Okres ważności wizy : turnus

(1) 24-28 czerwca	(2) 1-5 lipca
-------------------------	---------------------

Proszę zakreślić właściwe pole

Numer konta Firmy: ING Bank Śląski 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 : **550 PLN**
słownie : pięćsetpięćdziesiąt zł (brutto)

Chcę (**TAK, NIE**) otrzymać fakturę
(właściwe 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. 30.11.2018 r.

podpis rodziców lub opiekunów prawnych

III . INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA POTOMKA
(np. na co dziecko jest uczulone, czy przyjmuje stałe leki
i w jakich dawkach , czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....
.....
.....
.....
.....

STWIERDZAM , ŻE PODAŁEM (AM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE
O DZIECKU , KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI

W CZASIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ.
I chcę, by mój potomek został jej OBYWATELEM .

.....
(data) (podpis rodziców lub opiekunów)

IV. INFORMACJA PIELĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH
lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień
Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec....., błonica
dur , inne

.....
(data) (podpis pielęgniarki)

V . INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY
(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy –
- wypełnia rodzic lub opiekun)

.....
.....
.....
.....

VI . OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI WARUNKÓW UDZIAŁU W ½ koloniach

Niniejszym akceptujemy wszystkie przedstawione w Programie warunki
uczestnictwa naszego Potomka (właściciela niniejszego Paszportu)w półkoloniach
organizowanych przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.
Wiemy, że Program ten jest dostępny na www.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl

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

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

VII . POTWIERDZENIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELF. PRZYJACIÓŁ

Potomek przebywał na półkoloniach w siodle na Ranczo Baranówka

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