

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 nr 10/02/ 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 urodzenia .....3. adres zamieszkania .....  
4. telefon .....PESEL.....email.....  
5. adres i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.....

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.**

1. Forma placówki wypoczynku : obóz zimowy  
2. Adres placówki : CWS Halniak Istebna Zaolzie  
3. Okres ważności wizy od 10-16. 02. 2019

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 : **1050 pln**  
(słownie : tysiącpięćdziesiąt)

Chcę (**TAK, NIE**) otrzymać fakturę  
(właściwe zakreślić)

na.....  
Imię Nazwisko adres sponsora  
Faktury wystawiane będą do dnia wyjazdu ze Strefy Delfinkowych Przyjaciół

Bytom ,dn. 15.09. 2018 r. podpis OBOJGA rodziców lub opiekunów prawnych



III . INFORMACJA RODZICÓW ( OPIEKUNÓW ) O STANIE ZDROWIA POTOMKA  
( np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem , czy przyjmuje stale 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 . DECYZJA O KWALIFIKACJI OBYWATELA

.....

Niniejszym akceptujemy wszystkie przedstawione w Regulaminie – Umowie warunki  
uczestnictwa naszego Potomka (właściciela niniejszego Paszportu) w obozie  
organizowanym w Cieszynie k/ Złocieńca przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.  
Wiemy, że Regulamin – Umowa jest dostępny na [www.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl](http://www.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl)  
**Wyrażamy również zgodę na podjęcie działań medycznych w trakcie trwania  
turnusu.**

.....  
( data ) ( podpis rodziców- opiekunów )

VII . POTWIERDZENIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELF. PRZYJACIÓŁ

Potomek przebywał na obozie zimowym w CWS Halniak w Istebnej

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