

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 obozu jeździeckiego

do STREFY DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ

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 : Zimowy Obóz Jeździecki
2. Adres placówki : Ranczo Baranówka, ul. Leśniczówka 23 42-690 Nowa Wieś Tworoska
3. Okres ważności wizy : (proszę zakreślić właściwą buźkę)
turnus I : 20-26.01.2019 ☺
turnus II: 27.01-2.02.2019 ☺
turnus III: 10-16.02.2019 ☺
turnus IV: 17-23.02.2019 ☺

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 : **1320 PLN**
słownie : **jedentysiąctrzyśladwadzieścizł (brutto)**

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

na.....
Imię Nazwisko kod miasto ulica nr lokalu ewent NIP
(FIRMA)

Bytom ,dn. 23.08. 2018 r.

podpis rodziców lub opiekunów prawnych

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA POTOMKA
(np. na co dziecko jest uczulone, 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 PIEŁĘGNIARKI 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 zimowym obozie jeździeckim

Niniejszym akceptujemy wszystkie przedstawione w Programie warunki
uczestnictwa naszego Potomka (właściciela niniejszego Paszportu) w obozie
jeździeckim organizowanym przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.

Wyrażamy również zgodę na podjęcie działań medycznych podczas trwania turnusu.

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

VII. POTWIERDZENIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELF. PRZYJACIÓŁ

Potomek przebywał na obozie jeździeckim w siodle na Ranczo Baranówka

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