

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. WNIOSK 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, imiona 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)

- I turnus: 17-23.01 ☺  
II turnus: 24-30.01 ☺  
III turnus: 31-06.02 ☺  
IV turnus: 07-13.02 ☺  
V turnus: 14-20.02 ☺

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 : **1550 PLN**  
słownie : **jedentysiącpięćsetpięćdziesiąt zł (brutto)**

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

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

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

.....  
( data )

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 )