

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 rekreacyjnego 2024

## 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 rodzica.....  
5. adres, imiona i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.

II. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.

1. Forma placówki wypoczynku : obóz rekreacyjny  
2. Adres placówki : Ranczo Baranówka, ul. Leśniczówka 23 42-690 Nowa Wieś Tworoska  
3. Okres ważności wizy : turnus 1 2

ROZMIAR T-SHIRT dziecka: .....

07-13.07	28.07-03.08
----------	-------------

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

4. 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

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 .....,  
inne .....

.....  
( data ) ( podpis rodzica )

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 na Ranczo Baranówka przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.  
Wiemy, że Regulamin – Umowa jest dostępny na [www.delfinek.pl](http://www.delfinek.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 rekreacyjnym w Ranczo Baranówka

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