

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

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. pesel.....tel.rodzica.....email.....
5. adres, imiona 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, Istebna 1326
3. Okres ważności wizeny od 28.01-3.02. 2024

Numer konta Firmy: ING Bank Śląski 13 1050 1230 1000 0002 0312 1926

Nazwa Firmy: Strefa Delfinkowych Przyjaciół; NIP 626 105 30 85

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

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 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 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 w Istebnej przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.
Wiemy, że Regulamin – Umowa jest dostępny na 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 zimowym w CWS Halniak w Istebnej

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