

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. telefonPESEL.....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
3. Okres ważności wizen od .12-18.01. 2020

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 : **1150 pln**
(słownie : tysiącstopiędziesiąt złotych)

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

na.....
Imię Nazwisko adres sponsora
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,
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
**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)