

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 urodzenia .....3. 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 wizej od 13-19.02. 2022

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

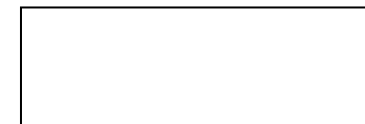
Nazwa Firmy: Strefa Delfinkowych Przyjaciół; NIP 626 105 30 85

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości : **1550 pln**  
(słownie : tysiącpięćsetpięćdziesiąt złotych)

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 .....  
dur ..... , 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.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl](http://www.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl)  
**Wyrażamy również zgodę na podjęcie działań medycznych w trakcie trwania  
turnusu oraz na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej,  
na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika  
wypoczynku.**

.....  
( 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 )