

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 nr 01/07/ 2021

STREFY DELFINKOWYCH PRZYJACIÓŁ

do

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 i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.

.....
I. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.

1. Forma placówki wypoczynku : obóz sportowo - rekreacyjny
2. Adres placówki : Ośrodek Wypoczynkowy Bajka w Wałdowie koło Ostródy
3. Okres ważności wizeny : I turnus od 05 .07. 2021 do 18. 07. 2021 ☉
II turnus od 19.07. 2021 do 01. 08. 2021 ☉

zakreśl właściwą bużkę

Numer konta Firmy: ING 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 : **2150 PLN**
słownie : dwatysiącestopięćdziesiąt złotych (brutto)

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

Tworóg ,dn. 24.11.2020 r.

podpis 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)

.....
.....
.....
.....
.....

IIIa: Uwagi rodziców (opiekunów) dotyczące udziału w wybranych formach aktywności:
(proszę wskazać te formy aktywności, w których nie może brać udziału.

Brak wypełnienia poniższych linijek traktować będziemy jak zgodę na udział w każdej formie aktywności)

.....
.....

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

Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec....., błonica,
dur, inne

.....
(data) (podpis)

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 OBOZIE

Niniejszym akceptujemy wszystkie przedstawione w Regulaminie – Umowie warunki
uczestnictwa naszego Potomka (właściciela niniejszego Paszportu) w obozie
organizowanym w Waldowie k/Ostródy 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) (czytelny podpis obojga rodziców lub opiekunów prawnych)

VII . POTWIERDZENIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELF. PRZYJACIÓŁ

Potomek przebywał na obozie sportowo – rekreacyjnym w Ośrodku Bajka w
Waldowie koło Ostródy.

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