

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 2021 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.....  
5. adres i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.

I. 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
11-17.07	01-07.08

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

7. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości : **995 PLN**  
słownie : dziewięćsetdziewięćdziesiąt pięć złotych (brutto)

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 .....  
dur ..... , inne .....

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

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 rekreacyjnym

Niniejszym akceptujemy wszystkie przedstawione w Programie warunki  
uczestnictwa naszego Potomka (właściciela niniejszego Paszportu) w w/w obozie  
organizowanym przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.  
Wiemy, że Program ten jest dostępny na [www.strefadelfinkowychprzyjaciol.pl](http://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 rekreacyjnym w Ranczo Baranówka

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