

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 *Mazury 2023*

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

II. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.

1. Forma placówki wypoczynku : obóz sportowo - rekreacyjny
2. Adres placówki : Ośrodek Wypoczynkowy Bajka w Waldowie koło Ostródy
3. Okres ważności wizy : I turnus od 02.07.2022 do 15.07.2023 ☺
II turnus od 16.07.2022 do 29.07.2023 ☺

ROZMIAR T-SHIRT dziecka:

zakreśl właściwą buźkę

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

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

4. Chcę (**TAK, NIE**) otrzymać fakturę
(właściwe 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

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)

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

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/opiekuna)

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 Waldowie 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 rekreacyjnym w Waldowie w ośrodku Bajka.

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