

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 jeździeckiego 2026

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 rodzica.....
5. adres, **imiona** i telefon rodziców podczas pobytu dziecka w S.D.P.

II. INFORMACJA ORGANIZATORA S.D.P.

1. Forma placówki wypoczynku : obóz jeździecki
2. Adres placówki : Ranczo Baranówka, ul. Leśniczówka 23 42-690 Nowa Wieś Tworoska
3. Okres ważności wízy : turnus

1	2	3
05-11.07	12-18.07	26.07-01.08

ROZMIAR T-SHIRT

dziecka:

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

4. 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis rodziców lub opiekunów)

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień
Szczepienia ochronne (podać rok) : tężec....., błonica
inne

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy –
- wypełnia rodzic lub opiekun)

.....

.....

.....

Wyrażamy również zgodę na podjęcie działań medycznych w trakcie trwania turnusu.

.....
(data) *(podpis rodziców- opiekunów)*

(data) *(podpis organizatora)*

VII. POTWIERDZENIE POBYTU POTOMKA W STREFIE DELF. PRZYJACIÓŁ

Potomek przebywał na obozie jeździeckim w Ranczo Baranówka.

.....

(data)

.....

(podpis kierownika
placówki wypoczynku)