

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 muzycznego 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 urodzenia .....3. adres zamieszkania .....
4. telefon .....PESEL..... .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 muzyczny
2. Adres placówki : Ranczo Baranówka, ul. Leśniczówka 23 42-690 Nowa Wieś Tworoska
3. Okres ważności wizy : turnus

1 2 3

ROZMIAR T-SHIRT dziecka: .....

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 19-25.07 |  |  |
|----------|--|--|

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

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 .....  
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 na Ranczo Baranówka przez Strefę Delfinkowych Przyjaciół.  
Wiemy, że Regulamin – Umowa jest dostępny na [www.delfinek.pl](http://www.delfinek.pl)  
**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 muzycznym w Ranczo Baranówka

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