

**ZGŁOSZENIE / POZWOLENIE**  
**APPLICATION / PARENTAL PERMISSION & WAIVER**

Biwak Szczepu „Dunajec” 13-15 kwietnia 2018 r. Lakewood, NJ

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_  
name (Last, First) of the participant

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Miejsce ur. \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Obywatelstwo \_\_\_\_\_  
date of birth place of birth age citizenship

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
address city state zip code

Telefon \_\_\_\_\_ Komórka \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Telephone mobile

Data wstąpienia do ZHP \_\_\_\_\_ Stopień \_\_\_\_\_  
date of first participating in ZHP rank

**PONIŻEJ WYPEŁNIAJĄ RODZICE/OPIEKUNOWIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA**

Moje dziecko mieszka z \_\_\_\_\_  
My child resides with

Imię i nazwisko matki/opiekunów \_\_\_\_\_ Tel.do pracy \_\_\_\_\_  
mother's / guardians name work phone number

Komórka \_\_\_\_\_  
mobile phone number

Imię i nazwisko ojca \_\_\_\_\_ Tel.do pracy \_\_\_\_\_  
fathers name work phone number

Komórka \_\_\_\_\_  
work phone number

**W razie wypadku, podczas nieobecności rodziców w domu, proszę powiadomić:**  
**In case of emergency, if the parents are not home, please notify:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
name (first, last)

Telefon \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo \_\_\_\_\_  
home phone number Relationship

Tel. do pracy \_\_\_\_\_ Komórka \_\_\_\_\_  
work phone number mobile phone number

**EMERGENCY MEDICAL INFORMATION Informacja w razie nagłego przypadku**

Has or is subject to ( check ) Objawy, dolegliwości i inne (proszę zaznaczyć):

- ALLERGY TO A MEDICINE, FOOD, PLANT, ANIMAL, OR INSECT TOXIN**  
Alergia lekarsto, żywności, roślin, zwierząt, owadów
- Any condition that may require special care, medication, or diet (please attach information separately)**  
Stan wymagający specjalnej opieki, lekarstwa, diety (proszę załączyć szczegóły osobno)
- ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)**  
(Brak koncentracji i nadpobudliwość)
- Asthma**  **Convulsions**  **Heart trouble**  **Contact lenses**  **Diabetes**  
Asthma Konwulsje Zaburzenia pracy serca Szkła kontaktowe Cukrzyca
- Fainting spells**  **Bleeding disorders**  **Dentures**  
Omdlenia Krwotoki Sztuczne szczęki

**Indywidualne ubezpieczenie zdrowotne jest wymagane od każdego uczestnika. Organizatorzy nie odpowiadają za rachunki uczestników w szpitalu/klinice/u lekarza przed, po, i podczas trwania akcji.**

***It is required that each participant carries his/her own medical insurance. The organizers of the event are not responsible for any hospital/walk in clinic/doctor bills incurred by participants before, after and during the event.***

Nazwa firmy ubezpieczeniowej \_\_\_\_\_ Nr. Polisy \_\_\_\_\_  
Name of Insurance company Policy numer

Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej \_\_\_\_\_ Nr. Grupowy \_\_\_\_\_  
Name of insurance bearer Group Numer

*Proszę załączyć kopie karty ubezpieczeniowej z obu stron.*

Please attach a copy of both the front and back of your health insurance card.

### **POZWOLENIE RODZICÓW / ZRZECZENIE**

Pozwalam mojemu wyżej wymienionemu dziecku na wzięcie udziału w powyższej imprezie. Zobowiązuję się nie wnosić żądań ani nie wszczynać żadnych akcji prawnych przeciwko komendzie lub obsadzie w wypadku obrażeń poniesionych przez moje dziecko podczas trwania imprezy. akcji. Niniejszym daję pozwolenie lekarzowi wybranemu przez komendę na przeprowadzenie prześwietleń, badań i prostych zabiegów koniecznych dla zdrowia mojego dziecka, a w nagłym wypadku, gdy nie będzie możliwe porozumienie się ze mną, zezwalam temu lekarzowi na skierowanie mojego dziecka do szpitala, zarządzenie odpowiednich zabiegów, zastrzyków, znieczuleń i operacji. Również odpowiadam finansowo za wszystkie rachunki medyczne. Przyjmuje się, że jeżeli jedno z rodziców podpisuje upoważnienie i zrzeczenie, zrobi to z wiedzą i za zgodą drugiego rodzica.

### **PARENTAL PERMISSION / WAIVER**

*I give permission to my child named on this form to take part in the named activity. I waive any claim, demand or cause of action, legal or equitable against officers and staff of the Polish Scouting Organization, ZHP, Inc. for any injuries to my child that might be sustained by him/her during the program. I also give permission to the physician selected by the activity director to order X-rays, routine tests, and treatment for the health of my child; and, in the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the activity director to hospitalize, secure proper treatment, order injections and if need be surgery for my child as named herein. I also agree to accept all financial responsibility associated with such medical treatments. It is further warranted that if this consent form is signed by one of two parents or guardians, it is with the authority of the other.*

**Podpis rodziców/opiekunów:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_  
*Signature of a Parent or Guardian date*