



# ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO

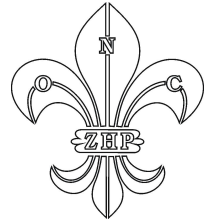
Chorągiew Harcerek w Stanach Zjednoczonych

Hufiec „Podhale”

Szczep „Dunajec”

**Drużyna Harcerek „Szczyty Górskie”**

Linden, NJ



## KOMUNIKAT #3

Biwak Jesienny

Czas na nasz pierwszy biwak nowego roku harcerskiego. Zapraszam wszystkie harcerki do wzięcia udziału. Biwak będzie wspólnym przeżyciem dla każdej harcerki i szansa, aby się zgrać z całą drużyną.

- TERMIN:** 29-30go października 2022r.
- MIEJSCE:** Teren Skautów Estońskich  
71 Olev Drive, Jackson, NJ  
(Proszę w GPS wpisać Estonian Boy Scout Camp- inaczej poprowadzi na inne miejsce)
- ZGŁOSZENIA:** Środa, 19ego października na zbiórce
- ZBIÓRKA:** 29ego o 9:00 rano na parkingu Terenu Skautów Estońskich
- ZAKOŃCZENIE:** 30ego o 5:00 po południu na parkingu Terenu Skautów Estońskich
- TRANSPORT:** we własnym zakresie
- OPLATA:** \$65  
(koszt pokrywa opłatę za teren, wyżywienie, nagrody i materiały do zajęć)  
Czeki proszę wypisać na „**Polish Scouting Organization**”
- NOCLEG:** W budynku

### EKWIPUNEK:

- Harcerki przyjeżdżają na zbiórkę w pełnym mundurze.
- Ekwipunek biwaku jest załączony

### UWAGI:

- Aby wziąć udział w biwaku, każda harcerka musi być zarejestrowana w drużynie.

Czuwaj!

Hm. Ewelina Paś

Drużynowa Drużyny Harcerek „Szczyty Górskie”

Tel: (908) -868-8934

Email: pasewelina@gmail.com

## Ekwipunek Na Biwak Drużyny

|  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>__ Mundur</li><li>__ Pas</li><li>__ Chusta</li><li>__ Szare Rajstopy</li><li>__ Podkolanówki</li><li>__ Furażerka</li><br/><li>__ Bielizna</li><li>__ Skarpety</li><li>__ Podkoszulki</li><li>__ Ciepła piżama</li><li>__ Czapka, rękawiczki, szalik</li><br/><li>__ Latarka</li><li>__ Scyzoryk</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>__ Długie Spodnie</li><li>__ Krótkie Spodenki</li><li>__ 2 Koszulki z krótkim rękawem<br/>(Harcerskie lub bez wzorów- jednolite,<br/>kolory natury)</li><li>__ Koszulka z długim rękawem</li><li>__ Sweter (fleece) lub bluza</li><li>__ Kurtka Nieprzemakalna / Poncho</li><li>__ Wygodne buty: Trampki/ Adidasy/ lub<br/>Traperki</li><li>__ Kaptcie/Buty do chodzenia po Kabinie</li><br/><li>__ Mały Ręcznik</li><li>__ Pasta i Szczoteczka do Zębów</li><li>__ Mydło</li><li>__ Szczotka oraz Gumki do Włosów</li><li>__ Dezodorant</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>__ Zeszyt i długopis/ołówek</li><li>__ Śpiewnik</li><li>__ Zegarek</li><br/><li>__ Menażka (Naczynia)</li><li>__ Kubek</li><li>__ Sztućce</li><li>__ <b>Butelka na wodę!!!</b></li><li>__ Ścierka</li><br/><li>__ Śpiwór</li><li>__ Koc</li><li>__ Poduszka</li><li>__ <b>Lunch na pierwszy posiłek</b></li></ul> |
|--|--|---|

**Wszystko trzeba spakować w jeden duży plecak. Proszę nie brać na Biwak urządzeń elektronicznych tj. telefony komórkowe, których nie wolno używać podczas zimowiska, które mogą się zgubić lub zniszczyć.**



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

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

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

**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. 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, zarządzanie 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*