



ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO

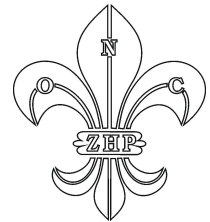
Chorągiew Harcererek w Stanach Zjednoczonych

Hufiec „Podhale”

Szczep „Dunajec”

Drużyna Harcererek „Szczyty Górskie”

Linden, NJ



KOMUNIKAT #1

Parada Pułaskiego

Jak co roku nasza drużyna będzie brała udział w Paradzie Pułaskiego w Nowym Jorku. Co roku bierzemy udział w Mszy Świętej w Katedrze Św. Patryka, maszerujemy w paradzie na piątej alei i także zapoznajemy się z miastem przez grę. Zapraszam wszystkie harcerki do wspólnej zabawy na Manhattanie.

- TERMIN:** 2go października 2022r.
MIEJSCE: Katedra Św. Patryka i 5ta Aleja na Manhattanie w Nowym Jorku
ZGŁOSZENIA: Środa, 28ego kwietnia na zbiórce
ZBIÓRKA: 6:30 rano parkingu stacji kolejowej: Linden Train Station
South Wood Avenue, Linden, NJ (w kierunku do NYC)
Proszę się nie spóźniać. Pociąg na nas nie będzie czekał
POWRÓT: 7:30 wieczorem na parkingu stacji kolejowej (w kierunku do Trenton)
TRANSPORT: pociąg
OPLATA: \$30 (pociąg/metro/materiały)
* Czeki proszę wypisać na „Polish Scouting Organization”

EKWIPUNEK:

- Harcerki przyjeżdżają w PEŁNYM MUNDURZE: mundur, szare rajstopy lub podkolanówki, FURAŻERKA, chusta, czarne wiązane buty, pas, kurtka „Podhale” lub czarna/granatowa/szara kurtka
- Kanapki/lunch/picie/przekąski na obiad
- Pieniądze na przekąski i kolację
- Wszystko spakowane w plecak „Podhale” lub innym

UWAGI:

Harcerki, które chcą wziąć udział w wycieczce na Paradę muszą być zarejestrowane w drużynie przed wyjazdem.

Czuwaj!

Hm. Ewelina Paś

Drużynowa Drużyny Harcererek „Szczyty Górskie”

Tel: (908) -868-8934

Email: pasewelina@gmail.com



ZGŁOSZENIE / POZWOLENIE
APPLICATION / PARENTAL PERMISSION & WAIVER

Wycieczka Drużyny Harcerek "Szczyty Górskie"
Parada Pułaskiego
2go Października 2022r.

Oplata \$30 _____ Gotówka _____ Czek # _____

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 _____
mother's / guardians name

Tel.do pracy _____
work phone number

Komórka _____
mobile phone number

Imię i nazwisko ojca _____
fathers name

Tel.do pracy _____
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):*

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

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, 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