



**Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.**  
National Headquarters



**Związek Harcerstwa Polskiego**  
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

**ZGŁOSZENIE / POZWOLENIE NA WYCIECZKI, BIWAKI, I AKCJE LETNIE**

I hereby give consent for son's/daughter's/dependent's participation, or my participation, in the activity specified in the attached communication ("the Activity"), which is being organized by one or more member groups or affiliates of Polish Scouting Organization – ZHP, Inc. ("the Organization"). Participation in the Activity is at the sole discretion of the organizers of the Activity. Any references to "I" or "We" herein is to the parent(s) or guardian(s) of the registrant, if the registrant is a minor, and to the registrant himself/herself, if the registrant is not a minor.

Wyrażam niniejszym zgodę by mój syna/córki/podopieczny i/lub ja sam/a brał udział w działalności określonej w dołączonym komunikacie („Akcja”), organizowanej przez jedną lub więcej grup członkowskich lub oddziałów Polish Scouting Organization -ZHP, Inc. („Organizacja”). Dopuszczenie do uczestnictwa w Akcji zależy wyłącznie od organizatorów Akcji. Wszelkie odniesienia do „ja” lub „my” w niniejszym dokumencie odnoszą się do rodzica (rodziców) lub opiekuna (opiekunów) uczestnika, jeżeli uczestnik jest małoletni, oraz samego rejestrującego się, jeżeli rejestrujący się nie jest małoletni.

<b>DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/NIKA</b>	
First Name & Last name//Imię i Nazwisko: _____	
Age//Wiek: _____	DOB//Data urodzenia: ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
House number & street//Numer domu i ulica: _____	
City//Miasto: _____ State//Stan: _____ Zip Code//Kod pocztowy: _____	
<b>DANE RODZICA(ÓW)/OPIEKUNA(ÓW)</b>	
My child lives with//Moje dziecko mieszka z: _____	
Mother's/Guardian's First Name & Last Name//Imię i Nazwisko Matki/Opiekunki: _____	
Home tel. no.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
Email: _____	
Father's/Guardian's First Name & Last Name//Imię i Nazwisko Ojca/Opiekuna: _____	
Home tel. no.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
Email: _____	



**Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.**  
National Headquarters



**Związek Harcerstwa Polskiego**  
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

INFORMACJA W RAZIE NAGŁEGO WYPADKU	
<b>W razie wypadku, podczas nieobecności rodziców/opiekunów w domu, proszę powiadomić:</b>	
First Name & Last Name//Imię i Nazwisko: _____	
Relationship//Pokrewieństwo: _____	
Home tel. No.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
Email: _____	
DANE MEDYCZNE	
<b>Does the participant have any allergies (e.g.: medicine, food, plants, animals, insects, etc.)? Yes__ No__</b> <b>Czy uczestnik ma jakieś alergie/uczulenia (np.: leki, żywność, rośliny, zwierzęta, owady, itp.)? Tak__ Nie__</b>	
If yes, please specify//Jeżeli tak, proszę podać szczegóły: _____ _____	
<b>Does the participant have any medical conditions that require special attention or care (e.g.: requires medication, restriction from certain activities, etc.)? Yes__ No__</b> <b>Czy uczestnik ma jakieś schorzenia wymagające szczególnej uwagi lub opieki (np.: wymaga leków, ograniczenia niektórych czynności itp.)? Tak__ Nie__</b>	
If yes, please specify//Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____ _____	
I/we acknowledge that I/we have a duty to inform the organizers of the Activity of any changes to the participant's medical condition as to allergies and/or medical conditions that require special attention or care.	Ja/my potwierdzamy, że mam/my obowiązek poinformowania organizatorów akcji o wszelkich zmianach w stanie zdrowia zarejestrowanego w zakresie alergii lub schorzeń wymagających szczególnej uwagi lub opieki.
<b>Check the box to verify that this acknowledgment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to potwierdzenie zostało przeczytane i zrozumiane: _____.</b>	
INFORMACJA dot. UBEZPIECZENIA	
I/we acknowledge that each participant in the Activity must be covered by his/her own medical insurance and that neither the organizers of the Activity nor the Organization are responsible for any medical bills incurred by a participant. I/we acknowledge that I/we have a duty to provide to the organizers of the Activity updated medical insurance information.	Ja/my przyjmuje do wiadomości i akceptuje fakt, że każdy uczestnik musi być objęty własnym ubezpieczeniem zdrowotnym i że organizatorzy akcji lub Organizacja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek kosztu medyczne poniesione przez uczestnika. Ja/my rozumiemy, że mam/my obowiązek



Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.  
National Headquarters



Związek Harcerstwa Polskiego  
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

	dostarczenia Organizacji aktualnych informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym.
<b>Check the box to verify that this acknowledgment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to potwierdzenie zostało przeczytane i zrozumiane: _____.</b>	
Name of Medical Insurance Company//Nazwa Firmy ubezpieczenia zdrowotnego: _____	
Name of Insured//Imię i nazwisko ubezpieczonego: _____	
Policy/Group Number//Numer polisy/grupy: _____	
<b>***Please provide a copy of both the front and back of the related insurance card*** ***Proszę dołączyć kopię obu stron odpowiedniej karty ubezpieczeniowej***</b>	
<b>ZGODA NA LECZENIE MEDYCZNE</b>	
<p><b>If the participant is a minor:</b> In the event that an accident befalls the participant during the Activity, I understand that efforts will be made to contact me/us. In the event that I/we cannot be reached, I/we hereby give permission to the licensed healthcare practitioner selected by any of the organizers of the Activity, to secure proper treatment for the participant, including hospitalization, anesthesia, surgery, medication, and/or any other treatment deemed medically necessary. I/we agree to accept all financial responsibility associated with any such medical treatment.</p> <p><b>If the participant is not a minor:</b> In the event that an accident befalls me during the Activity, and I am unable to provide consent on behalf of myself (e.g., due to loss of consciousness), I hereby give permission to the licensed healthcare practitioner selected by any of the organizers of the Activity, to secure proper treatment for me, including hospitalization, anesthesia, surgery, medication, and/or any other treatment deemed medically necessary. I agree to accept all financial responsibility associated with any such medical treatment.</p>	<p><b>Jeżeli uczestnik jest niepełnoletni:</b> Rozumiem, że w przypadku, jeżeli uczestnik ulegnie wypadkowi podczas akcji organizowanej przez Organizację, zostaną podjęte starania, aby skontaktować się ze mną/z nami. W przypadku, gdy nie można się z nami skontaktować, niniejszym udzielam zgody lekarzowi lub innemu wykwalifikowanemu pracownikowi służby zdrowia, wybranemu przez któregokolwiek z dyrektorów, funkcjonariuszy, członków lub agentów Organizacji, na zapewnienie odpowiedniego leczenia uczestnikowi, włącznie z hospitalizacją, znieczuleniem, zabieg chirurgiczny, leki i/lub jakiegokolwiek inne leczenie uznane za konieczne z medycznego punktu widzenia. Ja/my zgadzamy się przyjąć wszelką odpowiedzialność finansową związaną z takim leczeniem.</p> <p><b>Jeżeli uczestnik jest pełnoletni:</b> W przypadku, gdy podczas akcji organizowanej przez Organizację ulegnę wypadkowi i nie mogę wyrazić zgody w swoim imieniu (np. z powodu utraty przytomności), wyrażam zgodę licencjonowanemu pracownikowi służby zdrowia wybranemu przez któregokolwiek z dyrektorów, funkcjonariuszy, członków lub agentów Organizacji, na zapewnienie mi odpowiedniego leczenia, w tym hospitalizacja, narkoza, operacja, leki i/lub inne leczenie uznane za konieczne z medycznego punktu widzenia.</p>



**Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.**  
National Headquarters



**Związek Harcerstwa Polskiego**  
**Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych**

Zgadzam się przyjmując całą odpowiedzialność finansową związaną z takim leczeniem.

Check the box to verify that this consent for medical treatment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to pozwolenie zostało przeczytane i zrozumiane: \_\_\_\_.

**OGÓLNE ZRZECZENIE**

In consideration of my son's/daughter's/dependent's participation, or my participation, in the Activity, I/we do hereby for myself/ourselves, along with any of my/our heirs or assigns, release and discharge the organizers of the Activity, and the Organization, and its directors, officers, members, and agents, from any responsibility and all manner of actions, suits, debts, damages, or claims in law or in equity that I/we or any legal representative may have by reason of my son's/daughter's personal injury, loss of or damage to equipment or any personal property belonging to him/her which may occur during and by reason of his/her participation of the Activity.

W związku z moim udziałem lub udziałem mojego syna/córki/podopiecznego(nej) w aktywnościach organizowanych przez Organizację, niniejszym, wraz z każdym z moich/naszych spadkobierców lub cesjonariuszy, zwalniam/my Organizację i jej dyrektorów, funkcjonariuszy, członków i agentów, z jakiegokolwiek odpowiedzialności i wszelkiego rodzaju działań, pozwów, długów, odszkodowań lub roszczeń prawnych lub kapitałowych, które ja/my lub jakikolwiek przedstawiciel prawny możemy mieć z powodu uszkodzenia ciała mojego syna/córki, utraty lub uszkodzenie sprzętu lub należącego do niego mienia osobistego, które może nastąpić w trakcie i w związku z jego udziałem we wspomnianych zajęciach organizowanych przez Organizację.

Check the box to verify that this waiver of liability has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to zrzeczenie z odpowiedzialności zostało przeczytane i zrozumiane: \_\_\_\_.

Signature//Podpis: \_\_\_\_\_

Date//Data: \_\_\_\_\_

Print name//Imię i nazwisko drukiem: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Parent/Guardian to sign, if participant is a minor; participant to sign, if participant is not a minor\*\*\***

**\*\*\*Rodzic/opiekun podpisuje, jeżeli uczestnik jest niepełnoletnia; uczestnik podpisuje, jeżeli jest pełnoletni\*\*\***