



ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO

POLISH SCOUTING ORGANIZATION – ZHP, INC.

CHORĄGIEW HARCERZY W USA, HUFIEC WARMIA

21-SZA MĘSKA DRUŻYNA HARCERZY

IM. GENERAŁA SOSABOWSKIEGO



ZGŁOSZENIE / POZWOLENIE
APPLICATION / PARENTAL PERMISSION & WAIVER

Zimowisko Drużyny
27-go do 31-go Grudnia 2017 r.

Nazwisko, Imię Uczestnika _____
Name (Last, First) of the Participant

Data urodzenia: _____ Miejsce ur. _____ Wiek _____ Obywatelstwo _____
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Place of Birth (Miasto, Kraj) 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(s)

Tel.do pracy _____
Work phone number

Komórka _____
Mobile phone number

Imię i nazwisko ojca _____
Father's name

Tel. do pracy _____
Work phone number

Komórka _____
Mobile 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

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