



Związek Harcerstwa Polskiego Okręg Wielka
Brytania

Polish Scouting Association UK National Council



Złaz Młody Las 2020

Parental Declaration and Medical Form for overnight camp Stwierdzenie Rodziców i Karta Zdrowia na harcerską akcję noclegowa

All personal information including sensitive personal information collected on this form will be processed in accordance with the PSA UK Region Privacy Notice which is available at <http://www.zhpwb.org.uk/okreg-wielko-brytyjski/dokumenty/> or from the unit leader.

Child's Surname/Nazwisko dziecka:		Name/Imię:	
Home Address/Adres zamieszkania			
Contact details of parents/guardians / Kontakt telefoniczny do rodziców/opiekunów:			
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
Emergency contact details during camp dates/Kontakt telefoniczny w czasie akcji noclegowej:			
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
NHS Number/Numer NHS:		Date of Birth/Data Urodzenia:	
Name and Surname of child's GP/Imię i Nazwisko Lekarza:			
GP Practice Address/Adres przychodni lekarskiej:		Phone Number /Telefon:	
.....		
Does your child have any allergies especially where an anaphylactic shock could occur?/Czy dziecko ma jakiegokolwiek alergię/uczulenia szczególnie, które mogą wywołać wstrząs anafilaktyczny? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Type of allergen/Rodzaj alergenu/uczulenia:			
Name of allergen/Nazwa alergenu:			
Symptoms/Objawy:			
Course of action to reduce symptoms/ Działania w celu zmniejszenia objawów:			
Drug (especially if an antibiotic)/Lekarstwo (szczególnie antybiotyki)			
Food (especially eggs or nuts)/Żywność (szczególnie jajka lub orzechy)			
Other (e.g. insects, pollen)/Inne (np. owady, pyłek)			
Please ensure you note any medication taken to reduce severity of allergic reaction. If your child has a prescribed Epipen it is essential you discuss and establish with the camp leaders an action/storage plan. Please supply two Epipens./Proszę podać szczegóły leków, których celem jest zmniejszenie reakcji alergicznej. Jeśli dziecko ma przepisany Epipen, jest konieczne abyś omówił i ustalił z komendą plan użycia i przechowywania leku. Proszę przekazać dwa Epipeny.			

Does your child have nightmares/Czy dziecko ma koszmary? **Yes** **No**

Does your child sleepwalk/Czy dziecko chodzi we śnie? **Yes** **No**

Does your child wet the bed/Czy dziecko moczy się podczas snu? **Yes** **No**

Does your child suffer from travel sickness/Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną ? **Yes** **No**

Does your child have any dietary requirements/Czy dziecko ma wymagania dietetyczne? **Yes** **No**

Please provide details/Proszę podać szczegóły:

Does your child suffer from any medical condition requiring treatment or medication/Czy dziecko ma jakiegokolwiek problemy zdrowotne, które wymagają leczenia lub stosowania leków? **Yes** **No**

Please provide details/Proszę podać szczegóły: **Yes** **No**

Medical condition/choroby Details/Szczegóły:

Does your child take any prescribed medication/Czy dziecko regularnie zażywa leki przepisane przez lekarza? **Yes** **No**

Please provide details/Proszę podać szczegóły: **Yes** **No**

Medication/Leki: Dosage/Dawka: Frequency/Częstotliwość Storage/Przechowywanie:

All medication must be handed over to the camp first aider, who will ensure that correct dosages are given. Please supply sufficient medication to include an extra 3 days in case of emergency. **All medication must be labelled with your child's name & details of administering the medication.** / Wszystkie lekarstwa należy przed wyjazdem oddać sanitariuszowi, który dopilnuje odpowiednie ich zażywanie. Proszę dostarczyć wystarczającą ilość leków na dodatkowe 3 dni w razie wszelkiej potrzeby. **Lekarstwa muszą być oznakowane imieniem dziecka i szczegółami stosowania leków.**

If need be, I give permission for my child to be given the following medication or similar whilst at camp: / W razie potrzeby pozwalam, aby dziecko otrzymało następujące lub podobne leki podczas akcji noclegowej:

Medicine/Lekarstwo: Possible reason/Powód: Parental Agreement/Zgoda rodziców:

Paracetamol /Calpol

Ibuprofen Headache, temperature, pain (Ból głowy, wysoka temperatura, ogólny ból) **Yes** **No**

Yes **No**

Stugeron Travel sickness (Choroba lokomocyjna) **Yes** **No**

Dioralyte Diarrhoea, vomiting (Biegunka, wymioty) **Yes** **No**

Imodium Diarrhoea (Biegunka) **Yes** **No**

Other relevant information concerning your child /Inne uwagi rodziców dotyczące dziecka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Scout overnight camp dates/Termin harcerskiej akcji noclegowej:

.....

I declare that my child's(Name/Imię i nazwisko) health is satisfactory to allow him to take part in the scout camp, and having full confidence in the camp leaders, I allow my child to take part in all activities and exercises in the camp plan.

- **I give permission for my child to be transported for medical attention by a scout leader.**
- **I agree to my child receiving emergency medical/dental treatment as considered necessary by the medical authorities.**
- **I understand that every attempt will be made to reach the emergency number listed on this medical form.**
- **I accept full responsibility for any consequences resulting from non-disclosure of any health information about my child.**

Stwierdzam, że stan zdrowia mego dziecka(Imię i Nazwisko) jest zadawalający do wzięcia udziału w akcji noclegowej i mając pełne zaufanie do komendy, pozwalam memu dziecku na udział we wszystkich zajęciach i ćwiczeniach przewidzianych w programie obozu.

- **Daję pozwolenie, aby w razie potrzeby członek komendy zawiózł moje dziecko na konsultację lekarską.**
- **Zgadzam się, aby w razie nagłej potrzeby moje dziecko otrzymało niezbędne leczenie medyczne/dentystyczne, które w opinii lekarskiej jest uznane jako konieczne.**
- **Rozumiem, że w razie potrzeby komenda doloży wszelkich starań aby skontaktować się z rodzicem/ wskazaną osobą wymienionym w tym formularzu.**
- **Przyjmuję pełną odpowiedzialność za skutki spowodowane nieujawnieniem jakichkolwiek informacji zdrowotnych dotyczących mojego dziecka.**

Podpis uczestnika/Signature Participant:Data/Date:.....

(Please indicate signature: Parent / Guardian) (Proszę wskazać kto podpisuje: Rodzic / Opiekun)