

## **FORMULARZ WYCIECZKOWY**

### **ZEZWOLENIE / CONSENT FORM**

Ze względu na bezpieczeństwo dziecka formularz należy dokładnie wypełnić. / *It is essential to complete this form accurately in the interest of your child's safety.*

#### **1. DANE OSOBOWE / PERSONAL DETAILS**

**Imię i nazwisko ucznia**.....

*Student Forename and Surname*

**Klasa / Class**.....

**Wiek / Age**.....

**Wycieczka do / Visit to**.....

**Data wycieczki / Date of visit**.....

**Wyrażam zgodę na wyjazd mojego syna/mojej córki na wyżej wymienioną wycieczkę. Zapoznałem się z informacjami zawartymi w załączonym liście.**

*I wish my son/daughter to take part in the above mentioned visit and having read the information sheet; agree to him/her taking part in the activities described.*

**Jeżeli syn/córka nie może brać udziału w zajęciach sportowych proszę podać szczegóły.**

*If there are any activities in which your child cannot participate, please give details.*

.....  
.....

#### **2. ADRES I TELEFON KONTAKTOWY / CONTACT DETAILS**

**Adres rodziców/Parents address**

.....  
.....

**Telefon/Tel.number**.....

**Kontakt zastępczy/Second contact**

**Adres/Address**.....

.....

**Telefon/Tel. number**.....

### 3. INFORMACJE ZDROWOTNE DZIECKA / MEDICAL INFORMATION

Imię i nazwisko/ Child name .....

Data urodzenia/ Date of birth .....

Czy syn/córka cierpi na jakies dolegliwości, które wymagają leczenia lub podania leków: TAK / NIE  
Jeśli TAK proszę podać szczegóły(np. astma, cukrzyca, padaczka)

Does your son/daughter suffer from any condition requiring medical treatment including medication: YES / NO  
If YES please give details (including asthma, diabetes, epilepsy)

.....  
.....

Czy syn/córka ma uczulenie na jakiegokolwiek leki lub pokarmy: TAK / NIE  
Jeżeli TAK proszę podać szczegóły.

Is your son/daughter allergic to any medication or food: YES / NO  
If YES please give details:

.....  
.....

Moje dziecko cierpi na chorobę lokomocyjną: TAK / NIE

Wyrażam zgodę na podanie przez nauczyciela klasy leku.....  
(nazwa leku)

w dawce....., który dostarczę w oryginalnym opakowaniu (podpisany pełnym imieniem i nazwiskiem dziecka).

My child suffers from travel sickness: YES / NO

I give permission for the teacher to administer the required medicine.....  
(name of medicine)

with.....dose (s) to my child, which I will provide in its original packaging with the child's full name and surname.

### 4. OŚWIADCZENIE / DECLARATION

Wyrażam zgodę, aby, w razie potrzeby, mojemu dziecku została udzielona odpowiednia pomoc medyczna, włącznie ze znieczuleniem i transfuzją krwi przez fachowy personel medyczny: TAK / NIE

I agree to my son/daughter receiving emergency medical treatment including anesthetic and blood transfusion by the medical authorities present: YES / NO

### 5. INNE WAŻNE INFORMACJE / ANY OTHER RELEVANT INFORMATION

.....  
.....

### 6. PODPIS / SIGNATURE.....

.....  
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna (drukowanymi literami)  
Full name of Parent or Carer (in block capitals)

Data / Date.....