

Student Emergency Release Form School Year 2019/2020

TO WHOM IT MAY CONCERN:

This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence. (To oświadczenie jest wypełnione i podpisane z własnej woli, wyłącznie w celu właściwego leczenia w nagłych przypadkach, podczas mojej nieobecności.)

1.Name of minor.....Relationship.....
(Nazwisko i imię dziecka) (Pokrewieństwo z dziecka)

2.Parent or Legal Guardian Name.....
(Nazwisko i imię Rodzica lub Prawnego Opiekuna)

3.Address.....
(Adres)

4.Town State Zip..... Phone

5.Family/child's Physician Phone ().....
(Lekarz dziecka, lub rodzinny) (Telefon)

MEDICAL INFORMATION (Informacje medyczne dotyczące dziecka)

1. Medication(s) your child is allergic to:
(Lekarstwa, na które jest dziecko uczulone)

2. Medication(s) your child is currently taking:
(Lekarstwa, które dziecko bierze codziennie)

3.Allergies:
(Uczulenia na....) lub alergie

4.Other important medical information you would like us to have (chronic illnesses or other conditions):
(Inne ważne informacje o zdrowiu dziecka, o których szkoła powinna być poinformowana np. choroby lub inne problemy zdrowotne):

5. Other contact in case of emergency: (Inny kontakt w nagłych sytuacjach -WYMAGANY)

- Imię, Nazwisko (First & Last name)

- Pokrewieństwo z dzieckiem (relationship to child):

- Telefon domowy: (.....)..... komórkowy: (.....)..... praca: (.....).....

(Home phone) (Cell phone) (Work phone)

MEDICAL EMERGENCY AUTHORIZATION (Zezwolenie na medyczną pomoc dla dziecka)

School chaperons has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the nearest medical facility, and the facility and its medical staff have my authorization to provide treatment that a physician deems necessary for the well-being of my child. Parent/Guardian agrees to assume financial responsibility for all expenses and bills incurred in any emergency requiring medical attention.

(Opiekunowie szkolni mają moje zezwolenie, w nagłych wypadkach, kiedy nie można się skontaktować ze mną, aby moje dziecko mogło być przewiezione do najbliższego ośrodka medycznego. Personel i zakład medyczny ma moje upoważnienie do zapewnienia właściwego leczenia. Rodzice zgadzają się na poniesienie całkowitej finansowej odpowiedzialności za wszelkie koszty i opłaty związane z zaistnieniem sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej dla mojego dziecka)

Parent or Legal Guardian Signature(s).....Date.....

(Podpis Rodzica lub Prawnego Opiekuna)

(Data)