

StudentEmergency Release Form School Year 2024/2025

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 ().....
(Miasto) (Telefon)

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)