



ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO
Ośrodek Martinez
ZGŁOSZENIE DO GROMADY/DRUŻYNY 2019/20

Skrzatów Zuchów Dz. Zuchów Chł. Harcerek Harcerzy Wedrowniczek Wedrowników

Imię i nazwisko dziecka: _____

Adres: _____

Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____

Email (rodziców): _____

Email (dziecka): _____

Data i miejsce urodzenia: _____

Imię i nazwisko matki: _____

Imię i nazwisko ojca: _____

Stopień harcerski (ilość gwiazdek): _____

Przynależność do gromady/drużyny: _____

T-Shirt Size: **Youth** ___S ___M ___L ___XL **Adult** ___S ___M ___L ___XL

Ubezpieczenie medyczne: _____

Nazwisko i tel. lekarza: _____

Lista schorzeń chronicznych wymagających stałej kontroli lekarskiej: _____

Zezwalam mojemu dziecku na działalność w Drużynie, a tym samym na udział we wszystkich zajęciach drużyny (wycieczki, biwaki, obozy, itp) oraz samodzielnych zajęciach zastępu i wykonywanie indywidualnych zadań przez moje dziecko.

Jako członek KPH zobowiązuję się opłacić roczną składkę w wysokości **\$120 od pierwszego dziecka, i po \$100 za każde następne dziecko z tej samej rodziny**. Czeki proszę wystawiać na „PSO” (Polish Scouting Organization).

W nagłym przypadku upoważniam kadrę ZHP do udzielenia lekarzowi zezwolenia na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów.

Jednocześnie oświadczam, że w razie nieszczęśliwego wypadku, jakiemu może ulec moje dziecko w czasie zajęć harcerskich, zobowiężuję się nie wnosić żadnych żądań oraz nie wszczynać żadnych akcji prawnych przeciwko kadrze ZHP ani żadnym instancjom Związku.

Przyjmuję również do wiadomości, że Związek Harcerstwa Polskiego nie ubezpiecza swoich członków od następstw nieszczęśliwych wypadków.

Upoważnienie jest ważne na okres jednego roku od daty podpisania.

Zobowiązuję się do regularnego uczestnictwa dziecka w zbiórce, niedzielach harcerskich, obchodach świąt narodowych. Nieuczęszczanie może spowodować wykluczenie z biwaków, obozów & wycieczek.

Data

Podpis Rodzica

POLISH SCOUTING ORGANIZATION – ZHP, Inc.
ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO
OŚRODEK MARTINEZ

HEALTH STATEMENT/MEDICAL RELEASE/PROGRAM REGISTRATION

I hereby give permission to my son/daughter to participate in the Polish Scouting Organization meetings and field trips during the **2019 – 2020** school year.

Name of child: _____

Date of Birth: ____/____/____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Home Tel#: () _____-_____ Work Tel#: () _____-_____ Cell Tel#: () _____-_____

E-mail address: _____

Emergency Contact Name: _____ Emergency Contact Phone#: () _____-_____

Allergies: _____

Does the child have any medical conditions or limitations that the leader should be aware of?

If so, please specify: _____

Has the child been under the care of a physician in the past six (6) months for any condition which limited the child's ability to participate in PE or other physical activities? (Yes/No) _____
(If yes, a physician's release confirming the child's ability to participate in the physical activities and demands of a scouting program must be attached)

Is the child taking any medications? If so, please specify name and potential side effects that may affect child during the scouting program: _____

Waver of Liability/Parental Release

I hereby state that to the best of my knowledge, the above statements are true and correct, the named child is in good health, and is free of any contagious diseases. Furthermore, I agree that in the case of an accident or sickness, my child may be treated by a doctor associated with or selected by the Polish Scouting Organization. I also give permission to the physician selected by the program director to order x-rays, routine tests and treatment for the health of my child, and, in the event that I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the program director to hospitalize, secure proper treatment for, and to perform injection and/or surgery for my child named herein.

I hereby give permission to my child, named in this form, to participate in the Polish Scouting Organization program. I waive any claim, demand or cause of action, legal or equitable against its Officers and Staff for any injuries to my child that might be sustained by him/her during the duration of the program.

I understand that during the scouting program, individual and/or group photos may be taken of my child. I hereby give permission for such photos of my child to be distributed within the scouting organization (including other scouting families), posted and used in scouting materials and web pages, promotional materials and other internal and outside media.

 Signature of Parent or Guardian Printed Name of Parent or Guardian Date

For internal use only:			
Skrzat	Zuch	Annual dues: \$120 1st child/\$100 each addl.	Paid Yes No
Harcerz	Harcerka		
Wędrownik	Wędrowniczka		
			Check # _____
			Scoutleader's Initials: _____