



Związek Harcerstwa Polskiego
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

REJESTRACJA INDYWIDUALNA NA ROK 2023/2024

This is an annual registration form for registering to participate in activities organized by the Polish Scouting Organization – ZHP, Inc. through one of its member groups or affiliates (“the Organization”). By registering with the Organization, the registrant, along with his/her parents/guardians, agree to abide by all rules, regulations, and policies of the Organization. Participation in any of the activities of the Organization is at the sole discretion of the Organization. Any references to “I” or “We” herein is to the parent(s) or guardian(s) of the registrant, if the registrant is a minor, and to the registrant himself/herself, if the registrant is not a minor.

Jest to roczny formularz rejestracyjny umożliwiającą zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Polish Scouting Organization – ZHP, Inc. za pośrednictwem jednej z jego grup członkowskich lub afiliowanych („Organizacja”). Rejestrując się w Organizacji, rejestrujący, wraz ze swoimi rodzicami/opiekunami, zgadzają się przestrzegać wszystkich zasad, przepisów i polis Organizacji. Udział w jakiegokolwiek działalności Organizacji leży w wyłącznej dyskrekcji Organizacji. Wszelkie odniesienia do „ja” lub „my” w niniejszym dokumencie dotyczą rodziców lub opiekunów rejestrującego, jeśli rejestrujący jest małoletni, oraz samego rejestrującego, jeśli rejestrujący jest osobą pełnoletnią.

DANE OSOBOWE UCZESTNICZKI/NIKA

Registration for // Rejestracja dla: ___ skrzat (4-6) ___ zuch (7-11) ___ harcerz/harcerka (11-16) ___ wędrownik/wędrowniczka (15-22)	
First Name & Last name//Imię i Nazwisko: _____	
Hufiec: _____ Jednostka: _____	
Age//Wiek: _____	DOB//Data urodzenia: ____/____/____ (MM/DD/YYYY)
House number & street//Numer domu i ulica: _____	
City//Miasto: _____ State//Stan: _____ Zip Code//Kod pocztowy: _____	

DANE RODZICA(ÓW)/OPIEKUNA(ÓW)

My child lives with//Moje dziecko mieszka z: _____	
Mother's/Guardian's First Name & Last Name//Imię i Nazwisko Matki/Opiekunki: _____	
Home tel. no.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
Email: _____	
Father's/Guardian's First Name & Last Name//Imię i Nazwisko Ojca/Opiekuna: _____	
Home tel. no.//Telefon domowy: _____	Cell number//Komórka: _____
Email: _____	



Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.
National Headquarters



Związek Harcerstwa Polskiego
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

INFORMACJA W RAZIE NAGŁEGO PRZYPADKU

In case of Emergency please inform // W razie wypadku, podczas nieobecności rodziców/opiekunów w domu, proszę powiadomić:

First Name & Last Name//Imię i Nazwisko: _____

Relationship//Pokrewieństwo: _____

Home tel. No.//Telefon domowy: _____ Cell number//Komórka: _____

Email: _____

DANE MEDYCZNE

Does the registrant have any allergies (e.g.: medicine, food, plants, animals, insects, etc.)? Yes ___ No ___

Czy rejestrujący ma jakieś alergie/uczulenia (np.: leki, żywność, rośliny, zwierzęta, owady, itp.)? Tak ___ Nie ___

If yes, please specify//Jeżeli tak, proszę podać szczegóły: _____

Does the registrant have any medical conditions that require special attention or care (e.g.: requires medication, restriction from certain activities, etc.)? Yes ___ No ___

Czy rejestrujący ma jakieś schorzenia wymagające szczególnej uwagi lub opieki (np.: wymaga leków, ograniczenia niektórych czynności itp.)? Tak ___ Nie ___

If yes, please specify//Jeżeli tak, proszę podać szczegóły: _____

I/we acknowledge that I/we have a duty to inform the Organization of any changes to the registrant's medical condition as to allergies and/or medical conditions that require special attention or care.

Ja/my potwierdzamy, że mam/my obowiązek informowania Organizacji o wszelkich zmianach w stanie zdrowia rejestrującego w zakresie alergii i/lub schorzeń wymagających szczególnej uwagi lub opieki.

Check the box to verify that this acknowledgment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to potwierdzenie zostało przeczytane i zrozumiane: ____.

INFORMACJA dot. UBEZPIECZENIA

I/we acknowledge that each registrant in the Organization must be covered by his/her own medical insurance and that the Organization is not responsible for any medical bills incurred by a registrant. I/we acknowledge that I/we have a duty to provide to the Organization updated medical insurance information.

Ja/my potwierdzamy, że każdy rejestrujący się w Organizacji musi być objęty własnym ubezpieczeniem zdrowotnym i że Organizacja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek rachunki medyczne poniesione przez rejestrującego. Ja/my potwierdzamy, że mam/my obowiązek dostarczenia Organizacji aktualnych informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Check the box to verify that this acknowledgment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to potwierdzenie zostało przeczytane i zrozumiane: ____.



Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.
National Headquarters



Związek Harcerstwa Polskiego
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

Name of Medical Insurance Company//Nazwa Firmy ubezpieczenia zdrowotnego: _____

Name of Insured//Imię i nazwisko ubezpieczonego: _____

Policy/Group Number//Numer polisy/grupy: _____

*****Please provide a copy of both the front and back of the related insurance card*****
*****Proszę dołączyć kopię obu stron odpowiedniej karty ubezpieczeniowej*****

ZGODA NA PUBLIKACJĘ

I/we grant the Organization, including its directors, officers, members, and agents, the unlimited right, royalty free, permission to take and use images of the registrant, including photographs and videos, in all formats, including hard copy, digital, or electronic, for purposes, including, but not limited to, educational, advertising, news releases, non-commercial and/or commercial, including on the Internet and/or in print. I/we acknowledge that I/we have no interest or ownership in any images generated or used by, on behalf of, and/or, in connection with, the Organization.

I/we acknowledge the right to not give permission under this section. I/we need to notify the Organization in writing if not giving permission under this section.

Ja/my udzielamy Organizacji, w tym jej dyrektorom, funkcjonariuszom, członkom i agentom, nieograniczonego prawa, nieodpłatnego, pozwolenia na robienie i wykorzystywanie obrazów rejestrującego, w tym zdjęć i filmów, we wszystkich formatach, w tym w formie papierowej, cyfrowej, lub elektronicznej, w celach edukacyjnych, reklamowych, informacyjnych, niekomercyjnych i/lub komercyjnych, w tym w Internecie i/lub drukowanych. Ja/my potwierdzamy, że ja/my nie mamy żadnych udziałów ani praw własności do jakichkolwiek obrazów tworzonych lub wykorzystywanych przez, w imieniu i/lub w związku z Organizacją.

Ja/my potwierdzamy prawo do odmowy udzielenia zgody na podstawie tej sekcji. Ja/my musimy powiadomić Organizację pisemnie, jeśli nie udzielamy zgody na podstawie tej sekcji.

Check the box to verify that this permission has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć że to pozwolenie zostało przeczytane i zrozumiane: _____.

ZGODA NA LECZENIE MEDYCZNE

If the registrant is a minor: In the event that an accident befalls the registrant during an activity organized by the Organization, I understand that efforts will be made to contact me/us. In the event that I/we cannot be reached, I/we hereby give permission to the licensed healthcare practitioner selected by any of the Organization's directors, officers, members, or agents, to secure proper treatment for the registrant, including hospitalization, anesthesia, surgery, medication, and/or any other treatment deemed medically necessary. I/we agree to accept all financial responsibility associated with any such medical treatment.

If the registrant is not a minor: In the event that an accident befalls me during an activity organized by the Organization, and I am unable to provide consent on behalf of myself (e.g., due to loss of consciousness), I hereby give permission to the licensed healthcare practitioner selected by any of the Organization's directors, officers, members, or agents, to secure proper treatment for me, including hospitalization, anesthesia, surgery, medication, and/or any other treatment

Jeżeli rejestrujący jest niepełnoletni: Rozumiem, że w przypadku, gdy rejestrującemu zdarzy się wypadek podczas akcji organizowanej przez Organizację, zostaną podjęte starania, aby skontaktować się ze mną/z nami. W przypadku, gdy nie można się z nami skontaktować, niniejszym udzielam zgody licencjonowanemu lekarzowi, wybranemu przez któregośkolwiek z dyrektorów, funkcjonariuszy, członków lub agentów Organizacji, na zapewnienie odpowiedniego leczenia rejestrującemu, w tym hospitalizacja, znieczulenie, zabieg chirurgiczny, leki i/lub jakiejkolwiek inne leczenie uznane za konieczne z medycznego punktu widzenia. Ja/my zgadzamy się przyjąć wszelką odpowiedzialność finansową związaną z takim leczeniem.

Jeżeli rejestrujący jest pełnoletni: W przypadku, gdy podczas akcji organizowanej przez Organizację zdarzy mi się wypadek i nie mogę wyrazić zgody w swoim imieniu (np. z powodu utraty przytomności), wyrażam zgodę licencjonowanemu pracownikowi służby zdrowia wybranego przez któregośkolwiek z dyrektorów, funkcjonariuszy, członków



Polish Scouting Organization -Z.H.P, Inc.
National Headquarters



Związek Harcerstwa Polskiego
Zarząd Okręgu w Stanach Zjednoczonych

deemed medically necessary. I agree to accept all financial responsibility associated with any such medical treatment.

lub agentów Organizacji, na zapewnienie mi odpowiedniego leczenia, w tym hospitalizacja, znieczulenia, operacja, leki i/lub inne leczenie uznane za konieczne z medycznego punktu widzenia. Zgadzam się przyjąć całą odpowiedzialność finansową związaną z takim leczeniem.

Check the box to verify that this consent for medical treatment has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to pozwolenie zostało przeczytane i zrozumiane: _____.

OGÓLNE ZRZECZENIE

In consideration of my son's/daughter's/dependent's participation, or my participation, in activities organized by the Organization, I/we do hereby for myself/ourselves, along with any of my/our heirs or assigns, release and discharge the Organization, and its directors, officers, members, and agents, from any responsibility and all manner of actions, suits, debts, damages, or claims in law or in equity that I/we or any legal representative may have by reason of my son's/daughter's personal injury, loss of or damage to equipment or any personal property belonging to him/her which may occur during and by reason of his/her participation of said activities organized by the Organization.

W związku z moim udziałem lub udziałem mojego syna/córki/podopiecznego(nej) w działaniach organizowanych przez Organizację, niniejszym, wraz z każdym z moich/naszych spadkobierców lub cesjonariuszy, zwalniam/my Organizację i jej dyrektorów, funkcjonariuszy, członków i agentów, z jakiegokolwiek odpowiedzialności i wszelkiego rodzaju działań, pozwów, długów, odszkodowań lub roszczeń prawnych lub słusznych, które ja/my lub jakikolwiek przedstawiciel prawny możemy mieć z powodu uszkodzenia ciała mojego syna/córki, utraty lub uszkodzenie sprzętu lub należącego do niego mienia osobistego, które może nastąpić w trakcie i w związku z jego udziałem we wspomnianych zajęciach organizowanych przez Organizację.

Check the box to verify that this waiver of liability has been read and is understood//Zaznacz pole, aby zaświadczyć, że to zrzeczenie z odpowiedzialności zostało przeczytane i zrozumiane: _____.

Signature//Podpis: _____

Date//Data: _____

Print name//Imię i nazwisko drukim: _____

*****Parent/Guardian to sign, if registrant is a minor; registrant to sign, if registrant is not a minor*****

*****Rodzic/opiekun podpisuje, jeśli osoba rejestrująca jest niepełnoletnia; rejestrujący podpisuje, jeśli rejestrujący jest pełnoletni*****

***** DODATKOWE LOKALNE INFORMACJE *****

_____ Copy of Medical Insurance Card Provided

_____ Annual Membership Dues Paid