



Związek Harcerstwa Polskiego
Chorągiew Harcerzy w Wielkiej Brytanii
Hufiec „Warszawa”
7DH Szczep „Saska Kępa”
Im. Zawiszy Czarnego



Parental Declaration and Medical Form for overnight camp
Stwierdzenie Rodziców i Karta Zdrowia na harcerską akcję noclegową

(All information is held in confidence) (Wszelkie podane informacje są ściśle poufne)

Child's Surname/Nazwisko dziecka: Name/Imię:			
Home Address/Adres zamieszkania			
Contact details of parents/guardians / Kontakt telefoniczny do rodziców/opiekunów:			
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
Emergency contact details during camp dates/Kontakt telefoniczny w czasie akcji noclegowej:			
Name/Imię/Nazwisko		Mobile Number/Telefon Komórkowy:.....	
NHS Number/Numer NHS:		Date of Birth/Data Urodzenia:	
Name and Surname of child's GP/Imię i Nazwisko Lekarza:			
GP Practice Address/Adres przychodni lekarskiej:			Phone Number /Telefon:
Valid European Health Insurance Card number..... Europejska Karta Zdrowia		Expiry date..... Data ważności	
Does your child have any allergies especially where an anaphylactic shock could occur?/Czy dziecko ma jakiegokolwiek alergię/uczulenia, szczególnie takie które mogą spowodować wstrząs anafilaktyczny? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Type of allergen/ Rodzaj alergenu/uczulenia:	Name of allergen/ Nazwa alergenu:	Symptoms/Objawy:	Course of action to reduce symptoms/ Działania w celu zmniejszenia objawów:
Drug (especially if an antibiotic)/Lekarstwo (szczególnie antybiotyki)			
Food (especially eggs or nuts)/Żywność (szczególnie jajka lub orzechy)			
Other (e.g. insects, pollen)/Inne (np. owady, pyłek)			
Please ensure you note any medication taken to reduce severity of allergic reaction. If your child needs an EpiPen the camp leaders must discuss an action/storage plan. Please supply two EpiPens./Proszę podać szczegóły leków, których celem jest zmniejszenie reakcji alergicznej. Jeśli dziecko ma przepisany EpiPen, komenda musi ustalić metodę przechowywania leku. Proszę przekazać dwa EpiPens.			

- Does your child have nightmares/Czy dziecko ma częste koszmary? Yes No
- Does your child sleepwalk/Czy dziecko chodzi we śnie? Yes No
- Does your child wet the bed/Czy dziecko oddaje mocz podczas snu? Yes No
- Does your child suffer from travel sickness/Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną? Yes No
- Does your child have any dietary requirements/Czy dziecko ma wymagania dietetyczne? Yes No

Please provide details/Proszę podać szczegóły:

- Has your child been in contact with any contagious disease within the last two weeks?/ Czy dziecko było w kontakcie z zaraźliwymi chorobami w ciągu ostatnich dwóch tygodni? Yes No

Please provide details/Proszę podać szczegóły:

- Has your child been vaccinated for Tetanus? / Czy dziecko było szczepione przeciw tężcowi? Yes No

Date of last tetanus vaccination /Data ostatniego szczepienia przeciw tężcowi:

- Does your child suffer from any medical condition requiring treatment or medication/Czy dziecko ma jakiegokolwiek choroby, które wymagają leczenia lub podawania leków?

Please provide details/Proszę podać szczegóły: Yes No

Medical condition/choroby	Details/Szczegóły:

- Does your child take any prescribed medication/Czy dziecko ma przepisane jakieś lekarstwa? Yes No

Please provide details/Proszę podać szczegóły:

Medication/Leki:	Dosage/Dawka:	Frequency/Częstotliwość	Storage/Przechowywanie:

All medication must be handed over to the camp first aider, who will ensure that correct dosages are given. Please supply sufficient medication to include an extra 3 days in case of emergency. **All medication must be labelled with your child's name/Lekarstwa należy przed wyjazdem oddać sanitariuszowi, który dopilnuje odpowiedniego zażywania. Proszę dostarczyć wystarczająco lekarstwa na dodatkowe 3 dni na wszelki wypadek. Lekarstwa muszą być oznakowane imieniem dziecka.**

If need be, I give permission for my child to be given the following medication whilst at camp/W razie potrzeby pozwalam aby dziecko otrzymało następujące lekarstwa podczas akcji noclegowej.

Medicine/Lekarstwo:	Possible reason/Powód:	Parental Agreement/Zgoda rodziców:
Paracetamol /Calpol	Headache, temperature, pain (Ból głowy, wysoka temperatura, ogólny ból)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ibuprofen	Headache, temperature, pain (Ból głowy, wysoka temperatura, ogólny ból)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Stugeron	Travel sickness (Choroba lokomocyjna)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dioralyte	Diarrhoea, vomiting (Biegunka, wymioty)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Imodium	Diarrhoea (Biegunka)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Clarytin (Antihistamine)	Stings, bites (Użądlenie, ukąszenie)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anthisan Cream	Stings or bites (Użądlenie, ukąszenie)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Arnica Cream	Bruising (Siniaczenie)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Other relevant information concerning your child /Inne uwagi rodziców dotyczące dziecka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Scout overnight camp dates:.....

Termin harcerskiej akcji noclegowej:.....

I declare that my child's(Name/Imię i nazwisko) health is satisfactory to allow him to take part in the scout camp, and having full confidence in the camp leaders, I allow my child to take part in all activities and exercises in the camp plan.

- I give permission for my child to be transported for medical attention by a scout leader.
- I agree to my child receiving emergency medical/dental treatment as considered necessary by the medical authorities.
- I understand that every attempt will be made to reach the emergency number listed on this medical form.
- I accept full responsibility for any consequences resulting from non-disclosure of any health information about my child.

Stwierdzam, że stan zdrowia mego dziecka(Imię i Nazwisko) jest odpowiednie by wziął udział w akcji noclegowej i mając pełne zaufanie do komendy, pozwalam memu dziecku na udział we wszystkich zajęciach i ćwiczeniach przewidzianych w programie obozu.

- Daję pozwolenie, aby w razie potrzeby członek komendy zawiózł moje dziecko na konsultację lekarską.
- Daję pozwolenie aby moje dziecko otrzymało niezbędne leczenie medyczne/dentystyczne jakie w opinii lekarza jest potrzebne.
- Rozumiem, że w razie potrzeby komenda dołoży wszelkich starań aby skontaktować się z rodzicem/wskazaną osobą.
- Przyjmuję pełną odpowiedzialność za skutki spowodowane nieujawnieniem jakichkolwiek informacji zdrowotnych mojego dziecka.

(Please indicate signature: Parent / Guardian)

(Proszę wskazać kto podpisuje: Rodzic / Opiekun)

Podpis/Signature: Data/Date: