



**PARENT/CARER ANNUAL CONSENT AND MEDICAL INFORMATION FORM FOR
EDUCATIONAL VISITS AND ADVENTUROUS ACTIVITIES FOR THE ACADEMIC
YEAR 2019 – 2020**

FORMA MEDYCZNA I ZGODA RODZICÓW NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ PODCZAS WYCIECZEK I ZAJĘĆ SZKOLNYCH W ROKU 2019/20

If you change your contact information you MUST inform school ASAP
You may also submit changes to contact information on Firefly Parent Portal

**Jeśli zmienicie Państwo dane osobowe
MUSICIE nas Państwo o tym niezwłocznie poinformować**

Ewentualne zmiany w danych osobowych można przesać również przez Firefly Portal dla Rodziców.

1. DETAILS

Student Name Imię i nazwisko ucznia	
Date of Birth Data urodzenia	
Form klasa	

I agree to my child taking part in visits/trips for the 2019/2020 academic year and agree to their participation in the activities involved. I acknowledge the need for good conduct and responsible behaviour on his/her part and that the decision to allow pupils to attend is always at the discretion of the school. Please confirm the above statement by ticking this option.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach i wyjściach szkolnych w roku szkolnym 2019/20 i zgadzam się na jego udział w zajęciach z tym związanych. Rozumiem zarówno potrzebę poprawnego i odpowiedzialnego zachowania mojego dziecka podczas zajęć/ wycieczek jak i to, że ostateczną decyzję o udziale mojego dziecka w wycieczce/ zajęciach podejmie szkoła. Proszę potwierdzić powyższą zgodę odhaczeniem tej opcji.

2. EMERGENCY DETAILS - DANE W SYTUACJI NAGŁEGO WYPADKU

I agree to my child being given any medical, surgical or dental treatment, including general anaesthetic and blood transfusion, as considered necessary by the medical authorities present.

Zgadzam się by została udzielona mojemu dziecku każda pomoc lekarska: medyczna, chirurgiczna lub dentyścyczna łącznie ze znieczuleniem ogólnym i transfuzją krwi, jeśli będzie konieczna do zastosowania przez pomoc medyczną.

I may be contacted by telephone using the following number(s) and by signing this form I confirm that I have received consent from the alternative contact to add their details:

Można się ze mną skontaktować telefonicznie na poniższe numery telefonów i podpisując tą formę potwierdzam, że osoby, które podaję, jako osoby dodatkowego kontaktu, wyraziły na to zgodę.

Name: <i>nazwisko</i>				
Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem				
Home Tel: tel. domowy		Work Tel: tel. do pracy		Mobile: tel. kom
Email:				

Please give an alternative contact point:

Proszę podać dodatkową osobę do kontaktu

Name: <i>nazwisko</i>				
Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem				
Home Tel: tel. domowy		Work Tel: tel. do pracy		Mobile: tel. kom
Email:				

Additional contacts (if required):

Dodatkowy kontakt (Jeśli potrzebny)

Name: <i>nazwisko</i>				
Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem				
Home Tel: tel. domowy		Work Tel: tel. do pracy		Mobile: tel. kom
Email:				

Name: <i>nazwisko</i>				
Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem				
Home Tel: tel. domowy		Work Tel: tel. do pracy		Mobile: tel. kom
Email:				

Child Health Service details:

Dane poradni medycznej dziecka:

Medical Card number: Numer Karty Medycznej			
Name of Doctor: Nazwisko lekarza		Telephone No: Numer tel	
Address: adres poradni			

3. MEDICAL INFORMATION

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA DZIECKA

Does your child suffer from any medical conditions? Czy Państwa dziecko ma problemy zdrowotne?	YES / NO
If the answer is YES please provide details: Jeśli TAK, proszę podać szczegóły:	

Is your child allergic or sensitive to any medication (e.g. Penicillin), insect bites or food? **YES / NO**

Czy Państwa dziecko ma nietolerancje lub alergie na leki (np. Penicylinę), ugryzienia owadów lub pokarm?

If YES, please provide details:

Jeśli TAK proszę podać szczegóły

Does your child suffer from any food allergies/intolerances? **YES / NO**

Czy dziecko jest uczulone na pokarmy lub ma nietolerancje?

If YES, please provide details:

Jeśli TAK proszę podać szczegóły

Has your child been immunised against the following diseases?

Czy dziecko było zaszczepione na poniższe choroby:

Poliomyelitis/ Polio: **YES / NO**

Tetanus (lock jaw)/ tężec: **YES / NO**

If YES to tetanus, please give details if known

Jeśli TAK na tężec, proszę podać szczegóły, jeśli są znane:

Is your child taking any form of medication on a regular basis? **YES / NO**

Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?

If YES, please give full details, indicating the type of medication and dosage.

Jeśli TAK, proszę podać dokładne szczegóły uwzględniając rodzaj i nazwę leku oraz dawkowanie.

Please ensure that the school office is provided with adequate supplies of medication and dosage and that the relevant additional forms for these have been completed.

Proszę się upewnić, że dostarczyliście Państwo do szkoły odpowiednią ilość leków wraz z dawkowaniem i wypełniliście Państwo wszystkie dodatkowe formy.

To the best of your knowledge, has your child been in contact with any contagious or infectious diseases, or suffered any recent condition that may become infectious or contagious?: **YES / NO**

O ile Państwu wiadomo, czy dziecko miało kontakt z chorobami zakaźnymi lub infekcjami lub ostatnio chorowało na jakies infekcje lub choroby zakaźne?

If YES, please give full details:

Jeśli TAK proszę podać szczegóły:

4. INSURANCE COVER / UBEZPIECZENIE

I understand that school visits are insured and this includes cover for Personal Legal Liability and Personal Accident benefits, details of which will be provided by the school upon request. Any additional insurance required beyond this provision is my responsibility.

Rozumiem, że wycieczki i zajęcia szkolne są ubezpieczone na wypadek nieszczęśliwego wypadku i to ubezpieczenie obejmuje Ubezpieczenie od Odpowiedzialności Cywilnej i Świadczenia z Tytułu Wypadku Osobistego, szczegóły polisy można otrzymać w szkole na życzenie. Wszelkie dodatkowe ubezpieczenia nie zawarte w powyższych polisach muszą być zawarte i opłacone przeze mnie.

5. DECLARATION BY PARENT/CARER ? Deklaracja rodzica/opiekuna:

- I have read the attached information provided about the proposed educational visits/trips and insurance arrangements.

Przeczytałam załączone informacje o proponowanych wycieczkach/zajęciach szkolnych oraz informacje o ubezpieczeniu na wypadek nieszczęśliwego wypadku.

- I consent to my child taking part in the visits and trips for 2019/2020 and declare my child to be in good health and physically able to participate in all the activities mentioned.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka (*wypełnij DRUKIEM powyżej*) w wycieczkach i wyjazdach w roku szkolnym 2019/20 i deklaruję, że moje dziecko jest zdrowe i sprawne fizycznie i może brać udział we wszystkich zaplanowanych zajęciach.

- I will note where and when the pupils are to be returned on the trip/visits and I understand that I am responsible for my child getting home safely from that place.

Zanotuję, gdzie i kiedy dzieci wracają z wycieczki i rozumiem, że ja jestem odpowiedzialny za bezpieczny powrót mojego dziecka do domu z wyznaczonego miejsca.

- I will inform the school office of any relevant changes in the emergency contact details for my child.

Poinformuję szkołę o istotnych zmianach w danych „kontaktów w nagłych wypadkach”.

- I note my child's data will be used on approved school IT systems (*an approved IT systems list can be provided, if required*).

Jestem świadomy/a, że dane dziecka będą wykorzystywane w atestowanym komputerowym systemie szkolnym (lista atestowanych/dopuszczonych do użytku systemów komputerowych udostępniana jest na życzenie)

- I am aware of the levels of insurance cover.

Znam wysokość i zakres polisy ubezpieczeniowej.

- I will ensure that any change in the circumstances (e.g. recent medication or injury) which will affect my child's participation in any visits/trips will be notified to the school/organisation prior to the visit.

Zapewniam, że wszelkiego rodzaju zmiany w okolicznościach (bieżące leki lub kontuzje/obrażenia ciała), które mogą mieć wpływ na udział mojego dziecka w wycieczce będą zgłoszone szkole przed zaplanowanym wyjściem/wycieczką.

- I am aware that the decision to allow a child to attend any educational trip or visit is at the discretion of the school.

Jestem świadomy, że decyzja o uczestnictwie dziecka w wyjeździe/wycieczce edukacyjnej jest w gestii szkoły.

- I note my child will be given first aid or urgent medical treatment during any such activity which is considered necessary during the visit/activity. I understand that should medical treatment be necessary every reasonable effort will be made to obtain my consent.

Jestem świadoma, że zostanie udzielona mojemu dziecku pierwsza pomoc lub w razie konieczności niezwłoczna interwencja medyczna podczas jakichkolwiek zajęć w trakcie wyjścia bądź wycieczki, jeśli ta pomoc uznana jest za konieczną. Rozumiem, że udzielenia pomocy medycznej, podjęta będzie próba powiadomienia mnie w celu uzyskania mojej zgody.

However, in an emergency I authorise the party leaders to consent on my behalf to any medical treatment which a medical professional feels is necessary.

Jednocześnie, w razie konieczności, upoważniam organizatora wyjścia/wycieczki do podejmowania decyzji w moim imieniu na udzielenie pomocy medycznej, którą lekarz/medyk uzna za konieczną.

- I agree for my child to be transported where necessary by public transport or in the private vehicle of staff/volunteers supervising the visit (with the correct insurance in place).

Wyrażam zgodę na przejazd mojego dziecka na miejsce spotkania/wycieczki środkami komunikacji miejskiej lub prywatnym pojazdem pracownika szkoły/wolontariusza nadzorującego wyjście edukacyjne (przejazd będzie odpowiednio ubezpieczony)

- I agree for my child to have their photograph taken for:

Wyrażam zgodę na fotografowanie mojego dziecka i wykorzystanie jego wizerunku w następujących materiałach:

<p>School Material & Displays (used within School) <input type="checkbox"/></p> <p>Materiały szkolne i ekspozycje/gazetki szkolne (wykorzystane na terenie szkoły)</p>	<p>Social Media & School Website (Twitter, Facebook, etc...) <input type="checkbox"/></p> <p>Media społecznościowe i strona internetowa szkoły (Twitter, Facebook)</p>
<p>School Publicity and External Publications <input type="checkbox"/></p> <p>Publikacje szkolne i pozaszkolne</p>	<p>Promotional Content (Prospectus, Brochures, etc...) <input type="checkbox"/></p> <p>Materiały promocyjne (prospekty, broszury, itp)</p>

- I agree for my child to appear and be mentioned in news articles on the school website
Wyrażam zgodę na publikację wizerunku i nazwiska mojego dziecka w artykułach i wiadomościach na stronie internetowej szkoły
- The educational visits covered by this consent include:
Wycieczki i zajęcia wymienione w tej zgodzie/deklaracji dotyczą
 - all visits (**NB:** residential trips are not included)
wszystkich wyjść/wycieczek (z wyjątkiem residential trips – wycieczek kilkudniowych ze specjalnym programem)
 - off-site sporting fixtures during or outside of the school day
impres sportowych poza siedzibą szkoły odbywających się w trakcie zajęć szkolnych lub po ich zakończeniu

Name of Parent/Carer Nazwisko rodzica/opiekuna	
Signature of Parent/Carer Podpis rodzica/opiekuna	
Date data	

However, if you do not agree to any of the declarations above, please please provide details below:
Jeśli nie wyrażacie Państwo zgody na powyższe deklaracje lub nie zgadzacie się z którąś, prosimy podać poniżej szczegóły.

You reserve the right to withdraw consent to information provided within this Parental Consent Form.
Zachowujecie Państwo prawo do wycofania swojej zgody i/lub informacji udzielonych w powyższym formularzu.

You may withdraw consent on any of the optional items within this form by contacting the Data Manager via sharon.milligan@robertsutton.staffs.sch.uk detailing your request.

Możecie Państwo wycofać udzieloną zgodę na każdą opcję zawartą w tym formularzu, kontaktując się z Kierownikiem do Spraw Danych Osobowych na e-mail: sharon.milligan@robertsutton.staffs.sch.uk podając szczegóły swojej prośby.

Your request will be handled and actioned within 28 days of your request (term time).

Państwa prośba zostanie rozpatrzona w ciągu 28 dni od złożenia podania (w trakcie trwania semestru)