



FORMULARZ SPECJALNEJ ZGODY RODZICA NA WYCIECZKĘ DZIECKA

Formularz zawiera informacje dla rodziców

Placówka/Grupa:

Chciał(a)bym, aby..... (imię i nazwisko oraz data
urodzenia dziecka)

wziął/wzięła udział w wycieczce oraz zapoznawszy się z dostarczonymi mi informacjami, wyrażam zgodę
na jego/jej udział w opisanych zajęciach.

Potwierdzam, iż (imię i nazwisko dziecka) musi
zachowywać się odpowiedzialnie.

1. Wycieczka do:.....

Od: (termin oraz godzina).....Do: (termin oraz godzina).....

2. Informacje na temat zdrowia Państwa dziecka

a. jakiegokolwiek stany wymagające leczenia medycznego? TAK / NIE

b. czy Państwa dziecko bierze przepisane leki? TAK / NIE

Jeśli TAK, prosimy o podanie szczegółowych informacji, włączając czy dziecko przyjmuje leki
samodzielnie czy wymaga ono nadzoru osoby dorosłej:

.....
.....

c. Prosimy o sprecyzowanie jakichkolwiek specjalnych zaleceń żywieniowych Państwa dziecka:

.....
.....

d. Według Państwa najlepszej wiedzy, prosimy o potwierdzenie, czy Państwa dziecko miało kontakt
z zakaźnymi chorobami lub przechodziło jakąkolwiek chorobę w przebiegu ostatnich czterech
tygodni? TAK / NIE

Jeśli TAK, prosimy o podanie szczegółów:.....

.....

e. Czy Państwa dziecko uczulone jest na jakiegokolwiek leki, jedzenie lub zwierzęta? TAK / NIE

Jeśli TAK, prosimy o podanie szczegółów:

.....

f. Kiedy Państwa dziecko było ostatnio szczepione przeciw tężcowi?

.....

Prosi się rodziców o niezwłoczne poinformowanie kierownika wycieczki o jakichkolwiek zmianach dotyczących zdrowia lub o innych okolicznościach. Niniejsze informacje należy zgłaszać przed rozpoczęciem wycieczki.

3. Zdolności pływackie

- Czy Państwa dziecko jest w stanie przepłynąć 50 metrów? TAK/NIE
- Czy Państwa dziecko czuje się pewnie w wodzie? TAK/NIE
- Czy Państwa dziecko czuje się swobodnie pływając w morzu lub zbiorniku wodnym jak np. jezioro, staw? TAK/NIE
- Czy Państwa dziecko zachowuje ostrożność w pobliżu wody? TAK/NIE

Oświadczenie

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko wzięło leki zgodnie z informacją zawartą w kartotece zdrowia dziecka („medical information”) lub zostało poddane jakimkolwiek leczeniu medycznemu lub operacyjnemu, włączając podanie znieczulenia lub transfuzję krwi. Powyższe ma zastosowanie w przypadku, gdy obecny przy zajęciu personel medyczny uzna te czynności za niezbędne. Potwierdzam, iż moje dziecko cieszy się dobrym zdrowiem i uznaję, iż jego/jej stan zdrowia umożliwia mu wzięcie udziału w wycieczce.

Podpis rodzica..... **Data**.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Numery kontaktowe rodzica:

Praca:.....Dom:.....Telefon komórkowy:

Adres zamieszkania:.....

.....

.....Kod Pocztowy.....

Inne numery kontaktowe w razie nagłych wypadków

Związek z dzieckiem:.....

Imię i nazwisko:.....Tel:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

.....Kod Pocztowy.....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego:.....Tel:.....

Adres.....

.....

.....Kod Pocztowy.....

Prawo do prywatności i ochrony danych osobowych (Data Protection Act)

Informacje dostarczone przez Państwa oraz odpowiednie osoby trzecie będą wykorzystane, aby móc skontaktować z kimś w razie wypadku. Zgodnie z warunkami Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z 1998 r. (Data Protection Act 1998) są Państwo uprawnieni do informacji w zakresie intencji przechowywania danych o Państwie przez Radę Miasta Perth oraz Kinross (Perth and Kinross Council), za opłatą. Wnioski należy składać do Dyrektora Wykonawczego (Executive Director) Departamentu Rady ds. Edukacji i Dzieci (Education and Children's Services), Pullar House, Perth, PH1 5GD

**THIS FORM OR A COPY MUST BE TAKEN BY THE PERSON IN CHARGE ON
THE EXCURSION**

A COPY SHOULD BE RETAINED BY THE ESTABLISHMENT