

**PARENT/CARER ANNUAL CONSENT AND MEDICAL INFORMATION FORM FOR EDUCATIONAL VISITS AND ADVENTUROUS ACTIVITIES FOR THE ACADEMIC YEAR 2021 – 2022**

**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 przesłać również przez Firefly Portal dla Rodziców.**

**1. DETAILS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Student Name**  **Imię i nazwisko ucznia** | **fgdfgdfgdf** |
| **Date of Birth**  **Data urodzenia** | Click or tap here to enter text. |
| **Form**  **klasa** | Click or tap here to enter text. |

I agree to my child taking part in visits/trips for the 2021/2022 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 2021/2022 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.

1. **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 dentystyczna 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: ***nazwisko*** | Click or tap here to enter text. | | | | |
| Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem | | Click or tap here to enter text. | | | |
| Home Tel: tel. domowy | Click or tap here to enter text. | Work Tel: tel.  do pracy | Click or tap here to enter text. | Mobile: tel. kom | Click or tap here to enter text. |
| Email: | Click or tap here to enter text. | | | | |

Please give an alternative contact point:

Proszę podać dodatkową osobę do kontaktu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: ***nazwisko*** | Click or tap here to enter text. | | | | |
| Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem | | Click or tap here to enter text. | | | |
| Home Tel: tel. domowy | Click or tap here to enter text. | Work Tel: tel.  do pracy | Click or tap here to enter text. | Mobile: tel. kom | Click or tap here to enter text. |
| Email: | Click or tap here to enter text. | | | | |

Additional contacts (if required):

Dodatkowy kontakt (Jeśli potrzebny)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: ***nazwisko*** | Click or tap here to enter text. | | | | |
| Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem | | Click or tap here to enter text. | | | |
| Home Tel: tel. domowy | Click or tap here to enter text. | Work Tel: tel.  do pracy | Click or tap here to enter text. | Mobile: tel. kom | Click or tap here to enter text. |
| Email: | Click or tap here to enter text. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: ***nazwisko*** | Click or tap here to enter text. | | | | |
| Relationship to Child: pokrewieństwo z dzieckiem | | Click or tap here to enter text. | | | |
| Home Tel: tel. domowy | Click or tap here to enter text. | Work Tel: tel.  do pracy | Click or tap here to enter text. | Mobile: tel. kom | Click or tap here to enter text. |
| Email: | Click or tap here to enter text. | | | | |

Child Health Service details:

Dane poradni medycznej dziecka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medical Card number:** Numer Karty Medycznej | Click or tap here to enter text. | | |
| **Name of Doctor: Nazwisko lekarza** | Click or tap here to enter text. | **Telephone No: Numer tel** | Click or tap here to enter text. |
| **Address: adres poradni** | Click or tap here to enter text. | | |

1. **MEDICAL INFORMATION**

**INFORMACJE DOTYCZACE STANU ZDROWIA DZIECKA**

|  |
| --- |
| **Does your child suffer from any medical conditions?** Choose an item.**YES / NO Czy Państwa dziecko ma problemy zdrowotne?** |
| If the answer is YES please provide details:  Jeśli TAK, proszę podać szczegóły:  Click or tap here to enter text. |

Choose an item.

**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: Click or tap here to enter text.

Jeśli TAK proszę podać szczegóły

**Does your child suffer from any food allergies/intolerances?** Choose an item. **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 Click or tap here to enter text.

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.

Click or tap here to enter text.

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 jakieś infekcje lub choroby zakaźne?

If YES, please give full details:  
Jeśli TAK proszę podać szczegóły:

Click or tap here to enter text.

**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 Swiadczenia 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 Click or tap here to enter text. taking part in the visits and trips for 2021/2022 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 wyjściach w roku szkolnym 2021/2022 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 lekarstwa 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 wyjściu/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:

|  |  |
| --- | --- |
| School Material & Displays  (used within School)  Materiały szkolne i ekspozycje/gazetki szkolne  (wykorzystane na terenie szkoły) | Social Media & School Website  (Twitter, Facebook, etc…)  Media społecznościowe i  strona internetowa szkoły  (Twitter, Facebook) |
| School Publicity and  External Publications  Publikacje szkolne i pozaszkolne | Promotional Content  (Prospectus, Brochures, etc…)  Materiały promocyjne  (prospekty, broszury, itp) |

* 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

imprez sportowych poza siedzibą szkoły odbywających się w trakcie zajęć szkolnych lub po ich zakończeniu

**6. SCHOOL DOGS**

Wyrażam zgodę, by moje dziecko przebywało ze szkolnym psem terapeutycznym i/lub zajmowało się / bawiło się z psem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name of Parent/Carer  Nazwisko rodzica/opiekuna** | Click or tap here to enter text. |
| **Signature of Parent/Carer Podpis rodzica/opiekuna** | Click or tap here to enter text. |
| **Date  data** | Click or tap to enter a date. |

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.

|  |
| --- |
| Click or tap here to enter text. |

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](mailto: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](mailto: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)