



# FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO HUFCA OGNIWO 2021-2022

ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO

Polish Scouting Association in Canada Inc. - L'Association des Scouts Polonais au Canada



**\*MUSI BYĆ WYPEŁNIONY JEDEN FORMULARZ DLA KAŻDEGO UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI\***

Uczestnik/Uczestniczka: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia (yyyy/mm/dd): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Numer karty zdrowia: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon domowy: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Matka lub Opiekunka\* Imię: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ojciec lub Opiekun\* Imię: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\*Proszę podać telefon i adres jeżeli inny od miejsca zamieszkania.

**Osoba do powiadomienia w razie nagłej potrzeby** (kiedy nie można się skontaktować z rodzicami)

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Spokrewnienie: \_\_\_\_\_

Telefon 1: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefon 2: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## ROCZNA REJESTRACJA

Proszę wybrać do której gromady/drużyny będzie chodziła uczestnik/uczestniczka

### SKRZATY (4-7 lat)

Y Lachine/DDO – Gromada Krasnoludki:

Soboty - dwa razy w miesiącu 85\$

Y Pointe St-Charles/Lasalle – Gromada Iskierki:

Poniedziałki - Co dwa tygodnie 70\$

### ZUCHY (7-11 lat)

Y Lachine/DDO – Gromada Wielkoludki:

Soboty - dwa razy w miesiącu 85\$

Y Pointe St-Charles/Lasalle – Gromada Promyki:

Poniedziałki – Co dwa tygodnie 60\$

### HARCERKI (11-15 lat)

Y West Island – Drużyna Wisła:

Piątki – Co tydzień 85\$

Y Point Saint-Charles –

Drużyna Błękitna Jedyńka Żeglarska:

Poniedziałki – Co dwa tygodnie 70\$

### WEDROWNICZKI (od 15 lat)

Y Drużyna Morskie Oko:

Raz w miesiącu 65\$

**W wypadku gdzie zbiorki nie będą mogły się odbyć fizycznie, alternatywa będzie uczestnictwo poprzez zbiorek wirtualnych. Część opłaty będzie wtedy zwrócona według możliwości.**

**Informacje zawarte w tym formularzu zostają poufne.**

### DO KOSZTÓW REJESTRACJI PROSZĘ DODAC 25\$ NA RODZINĘ DLA KRĘGU PRZYJACIÓŁ HARCERSTWA (KPH)

(kwota dla KPH jest na rodzinę, dla dzieci z Hufców Ogniw i Orłęta)

Koszt \$ został zapłacony:  Czeka

\*( \_\_\_\_\_ ) Data \_\_\_\_\_

\*\* Czek prosimy wystawić na „ZHP – PSA Hufiec Ogniw” \*\*

Hufiec Ogniw przyjmuje opłatę dla KPH i przekaże informacje oraz składki bezpośrednio do KPH.

## Consent / Permission Form/ Pozwolenie

Oświadczenie o Zrzeczeniu się Roszczeń w Razie Uszkodzenia Ciała Uczestnika na zbiorkach

Participant's Name/Imię uczestniczki/ka: \_\_\_\_\_

Scouting meetings have been arranged in Montreal, Quebec for Hufiec Ogniwo. This form MUST be signed by a parent or guardian of each participant taking part of the scouting meetings.

*Hufiec Ogniwo organizuje zbiorki harcerskie w Montreaul, Quebec (i inne miejsca). Niniejszy dokument MUSI być podpisany przez rodziców lub opiekunów każdej uczestniczki/każdego uczestnika.*

### Inherent Risk

Scouting meetings are an activity with sometimes physical demands and inherent risks, which are beyond the control of the Polish Scouting Association Inc. Despite precautions and supervision of activities by trained counselors, falls, bruises and other incidents may occur and cause injury. Scouts must assume the risks and dangers.

### Ryzyko Nieodłącznie Związane z zbiorkami

*Udział w zbiorkach harcerskich wymaga od każdego uczestnika sprawności fizycznej. Jednakże, w czasie zbiorek, nie można całkowicie wyeliminować ryzyka uszkodzenia ciała. Pomimo ostrożności oraz czynności przez doświadczonych wodzów, w czasie zbiorek zdarzają się różnego rodzaju wypadki, zranienia, urazy, które pozostają poza kontrolą organizatorów zbiorek i ZHP. Uczestnicy zbiorek ponoszą odpowiedzialność za niebezpieczeństwa wynikające z brania udziału w zbiorkach.*

Due to the COVID-19 pandemic, scouts must assume the risks and dangers of participating in approved scouting activities. Despite precautionary measures put in place the risk of contagion of COVID-19 is beyond the control of the Polish Scouting Association Inc.

*Ze względu na pandemię COVID-19, uczestnicy muszą podejmować ryzyko i niebezpieczeństwa związane z uczestnictwem w plenerowych zajęciach harcerskich. Pomimo zastosowanych środków ostrożności ryzyko zarażenia COVID-19 jest poza kontrolą Związku Harcerstwa Polskiego Inc.*

Virtual scouting meetings are an activity with sometimes technical and security risks, which are beyond the control of the Polish Scouting Association Inc. Despite precautionary measures being taken to ensure safe activities and safe technical experiences, the Polish Scouting Association Inc. cannot be held accountable for risks beyond the control of the Polish Scouting Association Inc.

*Wirtualne spotkania harcerskie to działalność, która niekiedy wiąże się z zagrożeniami technicznymi i bezpieczeństwa, na które Związek Harcerstwa Polskiego nie ma wpływu. Pomimo podejmowania środków zapobiegawczych w celu zapewnienia bezpiecznej działalności i bezpiecznych doświadczeń technicznych, Związek Harcerstwa Polskiego nie może być pociągnięty do odpowiedzialności za ryzyka pozostające poza kontrolą Związku Harcerstwa Polskiego.*

I give permission for \_\_\_\_\_ to take part in the  
POLISH SCOUTING PROGRAM meetings:

- Wisła:** every week on Fridays at 535 rue Westminster, Dollard-des-Ormeaux, QC, H9G 1G3
- Iskierki, Promyki or BJZ:** every two weeks on Mondays at Pointe Saint-Charles or Lasalle
- Krasnoludki or Wielkoludki:** twice a month on Saturdays at Lachine or Pierrefonds/Dollard-des-Ormeaux
- Morskie Oko:** once a month in various locations in Montrealu, QC.

Activities involved in the scouting meeting include games, singing, indoor and outdoor sports (tubing, ice skating, etc.), dancing, training and other physical activities. Permission is given to take part in all activities, except for: \_\_\_\_\_

## Consent/Pozwolenie

I release and agree to indemnify and hold harmless the Polish Scouting Association, its units, members and volunteers from any liability concerning my Participant child's involvement in approved scouting activities.

I release and agree to indemnify and hold harmless the Polish Scouting Association, its units, members and volunteers from any liability concerning my Participant child's contraction of the COVID-19 virus.

I understand that photographs may be taken during this scouting activity by the organizers, and the resulting images may be used in the Association's brochures and promotional materials including the Association's websites, without further notice to me, and I consent to such use of the photos.

I understand that, in the event my child is sent home due to a violation of the standards of conduct, I will bear all costs of the transport home and acknowledge that I will receive no reimbursement of scouting or activity fees.

I understand that, in the event my child or his/her parents/guardians find themselves in the following situations I will prohibit the child's involvement in approved scouting activities:

- the child or its parents/guardians or anyone in the household present any symptoms related to COVID-19,
- the child or its parents/guardians or anyone in the household have had unshielded\* contact with an individual who is ill with symptoms related to COVID-19
- the child, parents/guardians have been in the presence of anyone who has had unshielded\* contact in the last 14 days with someone who is being investigated or confirmed to be a case of COVID-19.

\* "Unshielded" means close contact (within two metres) without the use of appropriate personal protective equipment (PPE).

I understand that I must answer the "Self-Assessment Checklist" provided by the Polish Scouting Association before letting my child attend approved scouting activities.

I understand that in case of virtual events, I am responsible for the safety of my child during the connection and disconnection process of virtual scouting meetings, as well as throughout the entire scouting activity.

#### MEDIA & COMMUNICATION

I further understand that photographs and/or videos may be taken during this scouting activity by the organizers. I chose the following option for my child (**circle the number**):

- 1) I authorize the resulting images to be used in the Association's brochures and promotional materials including the Association's electronic media.
- 2) I authorize the resulting images to circulate internally within participants and scout leaders.
- 3) I do not authorize resulting images of my child to be taken and/or circulated in the Association's brochures and promotional materials including the Association's electronic media.
- 4) I authorize only censored resulting images of my child to be circulated on in the Association's brochures and promotional materials.

#### Participant Acknowledgement / Potwierdzenie Uczestniczk

By signing below, I agree to abide by all rules, regulations and procedures and standards of conduct as prescribed by the Polish Scouting Association and its units.

Podpis Uczestnika/czki: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis Rodzica / Opiekuna: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis Drużynowej: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### **Przyjmuję do wiadomości i akceptuję poniższe obowiązki rodzicielskie:**

1. Dopilnowanie regularnego uczęszczania skrzata, zucha, harcerki lub wędrowniczki na zbiórki i uroczystości harcerskie.
2. Zaopatrzenie skrzata, zucha, harcerki lub wędrowniczki w przepisowy mundur.
3. Zachęcania znajomych mi rodziców do posyłania ich dzieci na zajęcia zuhowe i harcerskie!
4. Zapłacenie opłaty za zbiórki ( \_\_\_\_\_ \$) i w razie chęci i możliwości, przystąpienie do KPH

Podpis Rodzica / Opiekuna: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**HUFIEC OGNIWO - EMERGENCY/ PERSONAL HEALTH FORM**Prosimy uzupełnić każdą rubrykę. Jeżeli coś nie dotyczy, proszę zaznaczyć: N/A (Not Applicable).**PARTICIPANT'S PERSONAL INFORMATION**Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Surname Given Name Year Month DayAddress: \_\_\_\_\_  
No. Street Apt. No. City Province Postal Code

Telephone: \_\_\_\_\_

Mother's or Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Surname Given NameMother's or Guardian's Address: \_\_\_\_\_  
(if different from above) No. Street Apt. No. City Province Postal CodeFather's or Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Surname Given NameFather's or Guardian's Address: \_\_\_\_\_  
(if different from above) No. Street Apt. No. City Province Postal Code**EMERGENCY TELEPHONE NUMBERS**Parent's or Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Surname Given Name

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Telephone: \_\_\_\_\_

Parent's or Guardian's Name: \_\_\_\_\_  
Surname Given Name

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Telephone: \_\_\_\_\_

Family Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**RELATIVE OR PERSON TO BE NOTIFIED IF PARENTS CANNOT BE REACHED**Name: \_\_\_\_\_ Relation to Participant: \_\_\_\_\_  
Surname Given Name

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Cell Telephone: \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE**Health Card Number: \_\_\_\_\_ Name on Card: \_\_\_\_\_  
(Słoneczko) (as it appears)**ALLERGIES/ASTHMA**

List any allergies such as food, insect stings, drugs, etc. Clearly explain asthma symptoms. If reaction is severe, please make certain that the severity of the reaction is clearly indicated. If more space is required to explain the medical concern, attach the explanation on a separate piece of paper.

Allergy/Asthma	Rate Severity					Specific Type of Reaction	Usual Treatment
	Mild	to	Severe				
_____	1	2	3	4	5		
_____	1	2	3	4	5		
_____	1	2	3	4	5		
_____	1	2	3	4	5		

**DIETARY RESTRICTIONS**

List any foods the Participant should not eat for medical reasons. If foods are life threatening, explain the symptoms.

---



---



---

## MEDICAL CONDITIONS

Please check off any life-threatening conditions, physical limitations or any other concerns which might affect participation in the program, including mental illness. Please give details of usual treatment.

Epilepsy	yes	no	Fainting Spells	yes	no
Diabetes	yes	no	Digestive Upsets	yes	no
Migraine Headaches	yes	no	Sleepwalking	yes	no
Bleeding Disorder	yes	no	Chronic: Ear, Nose, Throat Infections	yes	no
Urinary Infections	yes	no	Nosebleeds	yes	no
Medic Alert Information	yes	no	Bed wetting	yes	no

Medic Alert For: \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

Details for usual treatment: \_\_\_\_\_

## MEDICATION

The medication being carried by the Participant will be monitored by a Scout Instructor.

Name of Medication	Dosage	Method of Administration	Reason	Self*Medicating?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\*Self indicates the Participant is in possession of the medication.

If necessary, may Tylenol be administered to relieve minor discomfort? Yes/no \_\_\_\_\_  
Has the Participant received a Tetanus shot in the last 10 years? Yes/no \_\_\_\_\_  
Date of last Tetanus shot \_\_\_\_\_

## LIMITATIONS/PARTICIPATION

Please explain any limitations or other concerns which might affect participation in the program:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSENT/POZWOLENIE

In the event that medical care is required, I understand that every effort will be made to contact me. I acknowledge that in the case of an emergency, medical treatment may be sought by an instructor and/or provided by a health care practitioner without my consent. I hereby authorize PSA in Canada Inc. instructors to secure such medical advice and services as may be required for the health and safety of myself or my child (or ward). I agree to accept financial responsibility in excess of the benefits allowed by my Provincial Health Plan.

*W wypadku potrzeby uzyskania opieki medycznej, rozumiem że, instruktorzy i instruktorzy Z.H.P. prowadzący zajęcia dołożą wszelkich możliwych starań by się ze mną skontaktować. Rozumiem, że w nagłych sytuacjach interwencja medyczna może nastąpić bez mojego pozwolenia. Upoważniam osoby prowadzące harcerskie zajęcia do zasięgnięcia potrzebnej opieki medycznej dla zapewnienia zdrowia i bezpieczeństwa mojego dziecka (lub mojego podopiecznego). Przyjmuję odpowiedzialność finansową za koszty poniesione w tym celu.*

Signature of Participant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(or parent/guardian if under 18 years of age)

**Rozumiem, że niezgłoszenie choroby, dolegliwości, faktu, że harcerka przyjmuje lekarstwa lub że, z jakiegokolwiek powodu, nie może w pełni wziąć udziału w zajęciach obozowych i zbiórkowych, jest równoznaczne z niezastosowaniem się do regulaminu obozowego i zbiórkowego i grozi jej wydaleniem z obozu lub zbiórek na koszt rodziców.**

**Note: The signature of a physician is only required for a Participant with a life-threatening medical condition.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician

\_\_\_\_\_  
Physician's Telephone Number