

Youth Camp Assoc. District 12 & 13 PNA Plano/Yorkville

Lato / Summer 2024

Turnus/Session	Data/Date	Amount Paid (Cash)	Amount Paid (Check)	Check #	Uwagi / Notes
I	06/23/24 – 06/29/24				
II	06/30/24 - 07/06/24				tylko wiek 10-15 lat (10-15 years only)
III	07/07/24 - 07/13/24				
IV	07/14/24 - 07/20/24				
V	07/21/24 - 07/27/24				
VI	07/28/24 - 08/03/24				

Imię i nazwisko dziecka / *Child's First & Last Name* _____

Data Urodzenia / *Date of birth* _____ Wiek / *Age* _____ Chłopak / *Male* _____ Dziewczynka / *Female* _____

Imiona i nazwisko rodziców:

Parents' Names _____

Adres / *Address* _____

Numer telefonu matki / *Mother's Phone #* (____) _____ Numer telefonu ojca / *Father's Phone #* (____) _____

Adres email / *Email address*: _____

W razie konieczności telefon rodziny/znajomych / *In case of emergency, please contact*:

1.) Imię / *Name* _____ Telefon / *Phone Number* (____) _____

2.) Imię / *Name* _____ Telefon / *Phone Number* (____) _____

Czy dziecko jest członkiem Związku Narodowego Polskiego?

Jeśli tak, podać # certyfikatu:

Is the child a member of the Polish National Alliance?

YES ___ NO ___

If yes, what is the certificate #:

Do której polskiej szkoły dziecko uczęszcza / *Which Polish School child is attending?*

Proszę podać rozmiar koszulki dziecka / *Size of the T-Shirt*: youth _____ or adult _____

Release and Waiver

Wyrażam zgodę, by moje dziecko _____ brało udział we wszystkich zajęciach kolonii letnich w Yorkville. Zobowiązuję się nie wnosić żadnych roszczeń ani nie wszczynać żadnych akcji prawnych przeciwko Zarządowi Obozu lub obsadzie w wypadku uszkodzeń poniesionych przez moje dziecko podczas trwania kolonii. W nagłych wypadkach, pozwalam lekarzowi na zlecenie przeswietleń, badań i prostych zabiegów, koniecznych dla zdrowia mojego dziecka, a w wypadkach nagłych, gdy nie będzie możliwe porozumienie się ze mną, wyrażam zgodę na skierowanie mego dziecka do szpitala, zarządzanie odpowiednich zabiegów, zastrzyków, znieczuleń i operacji.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku problemów dyscyplinarnych, dyrekcja obozu ma prawo odesłać dziecko do domu, bez obowiązku zwrotu kosztów obozu. Jeśli taka sytuacja nastąpi, rodzice (lub osoba upoważniona) są obowiązani do odebrania dziecka z terenu obozu.

Wyrażam zgodę na robienie zdjęć mojego dziecka podczas kolonii, które mogą być wykorzystane na potrzeby ośrodka (strona internetowa, Facebook, itp.)

I the undersigned, as parent/guardian provide permission to my child _____ as named on this form to participate in all activities at the Youth Camp Association of District XII and XIII PNA summer camp. I waive any claim, demand, or cause of legal action against the Youth Camp Association District XII and XIII, the Board, and its staff for any injury or illness that might be sustained during the course of activities. In the event of an emergency, I give permission to the attending physician or medical facility to order X-rays, provide routine medical care and treatment for my child. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the attending physician to hospitalize and provide proper treatment for my child. I understand and agree that medical or other services rendered at the recommendation of the above parties is not an admission of liability to provide or to continue any such service and is not a waiver by any said parties.

I also understand that the camp administration and staff reserve the right to, under their discretion, send your child home in the event of a disciplinary problem, without a refund. In such a situation, the parent/guardian would be responsible to pick up the child.

I grant my permission for a photo, that includes my child, to be published on youth camp's website, Facebook, etc.

Nazwisko rodzica lub opiekuna /Printed Name of Parent or Guardian:

Podpis rodzica lub opiekuna/Signature of Parent or Guardian:

Data / Date: ____ / ____ / ____

Wypełnioną aplikację, czek lub „money order” wraz z depozytem \$200 wystawić na: **YOUTH CAMP ASSOC** / Filled out Applications and Check/Money Order with \$200 Deposit, must be sent to:

YOUTH CAMP ASSOCIATION
PO Box 2673
Orland Park, IL 60462-9800

Stan zdrowia dziecka / Health history:

- problemy z oddychaniem / *asthma, bronchitis* YES ___ NO ___
- problemy z sercem / heart problems YES ___ NO ___
- padaczka / seizures YES ___ NO ___
- cukrzyca / diabetes YES ___ NO ___
- poważniejsze operacje / serious surgery YES ___ NO ___
- problemy ze słuchem / hearing problems YES ___ NO ___
- problemy z mową / speech problems YES ___ NO ___
- problemy ze wzrokiem / eye, vision problems YES ___ NO ___
- przeciwwskazania do ćwiczeń, biegów, pływania / any physical restrictions YES ___ NO ___
- Czy dziecko umie pływać? / Does your child know how to swim? YES ___ NO ___

Proszę podać informacje, na co dziecko jest uczulone, wraz z uczuleniem na leki:

Please list any specific allergies that your child may have, including allergies to medication:

Proszę podać nazwę leków które dziecko musi przyjmować podczas pobytu na obozie, powód, i częstotliwość ich przyjmowania.

Please list all prescription medications your child will be taking while at camp, their purpose, and dosage:

Medication: _____	Purpose: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Purpose: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Purpose: _____	Frequency: _____
Medication: _____	Purpose: _____	Frequency: _____

Prosimy podać dodatkowe problemy zdrowotne dziecka (np. specjalna dieta.) *Please list any other health concerns (like special dietary needs) here:*

Oświadczam, że podane powyżej informacje są dokładne i prawdziwe.

To the best of my knowledge, the above information is accurate.

Podpis rodzica / Parent signature:

Data / Date: ____ / ____ / ____