

## Student Emergency Release Form - School Year 2021/2022

**TO WHOM IT MAY CONCERN: This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence.**

To oświadczenie jest wypełnione i podpisane z własnej woli, wyłącznie w celu właściwego leczenia w warunkach awaryjnych, podczas mojej nieobecności.

Name of minor \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
(Nazwisko i Imię dziecka) (Pokrewieństwo do rodzica/opiekuna)

Parent or Legal Guardian Name \_\_\_\_\_  
(Nazwisko i Imię Rodzica lub Prawnego Opiekuna)

Address \_\_\_\_\_  
(Adres)

Town \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
(Miasto) (Telefon)

Family/Child's Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
(Lekarz dziecka lub rodzinny) (Telefon)

### **MEDICAL INFORMATION** (Informacje medyczne dotyczące dziecka)

\*Medication(s) your child is allergic to \_\_\_\_\_  
(Lekarstwa do których jest dziecko uczulone)

\*Medication(s) your child is currently taking \_\_\_\_\_  
(Lekarstwa które dziecko bierze codziennie)

Allergies \_\_\_\_\_  
(Uczulenia do....)lub alergie

Other important medical information you would like us to have (chronic illnesses or other conditions):  
(Inne ważne medyczne informacje o których powinniśmy być poinformowani, chroniczne choroby lub inne medyczne kondycje)

(Other contact in case of emergency: (Inny kontakt w razie niebezpieczeństwa –WYMAGANY)

First & Last Name (Imię i Nazwisko ): \_\_\_\_\_

Relationship to child (Pokrewieństwo do dziecka): \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_  
(Telefon domowy) (Telefon komórkowy) (Telefon do pracy)

### **MEDICAL EMERGENCY AUTHORIZATION** (Zezwolenie na medyczną pomoc dziecku)

The school has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the nearest medical facility, and the facility and its medical staff have my authorization to provide treatment that a physician deems necessary for the well-being of my child. Parent/Guardian agrees to assume financial responsibility for all expenses and bills incurred in any emergency requiring medical attention.

(Szkoła ma moje zezwolenie, w nagłych wypadkach, kiedy nie można się skontaktować ze mną, aby moje dziecko mogło być przewiezione do najbliższego ośrodka medycznego. Personel i zakład medyczny ma moje upoważnienie do zapewnienia właściwego leczenia. Rodzice lub Prawni Opiekunowie zgadzają się na poniesienie całkowitej finansowej odpowiedzialności za wszelkie koszty i opłaty związane z zaistnieniem sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej dla mojego dziecka).

Parent or Legal Guardian Signature(s) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Podpis Rodzica lub Prawnego Opiekuna) (Data)