



# Polska Parafia pw. Miłosierdzia Bożego

21W411 Sunset Ave., Lombard, IL, 60148; www.milosierdzie.us

## KARTA WOLONTARIUSZA

„Wakacje z Bogiem” w Lombard, IL; 3-7 czerwca 2024

**KOSZT** dla wolontariusza \$50

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ Data ur. \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Imię matki \_\_\_\_\_ Imię ojca \_\_\_\_\_

Nazwisko rodziców (jeśli inne niż dziecka) \_\_\_\_\_

Osoba upoważniona do odbioru dziecka po zajęciach \_\_\_\_\_

Czy dziecko cierpi na dolegliwość, która uniemożliwia mu pełne uczestnictwo w zajęciach? TAK / NIE

Wyjaśnienie \_\_\_\_\_

W razie wypadku podczas wyjazdu, jeśli kontakt z rodzicami jest niemożliwy, proszę kontaktować się z:

Imię i nazwisko	Adres	Nr telefonu	Pokrewieństwo
-----------------	-------	-------------	---------------

### ASSUMPTION OF RISK, WAIVER AND RELEASE OF ALL CLAIMS

I give permission to my child, named on this form, to take part in programs and activities organized by Divine Mercy Polish Parish in Lombard (here forth called "Parish"). I also give permission for my child to be transported by the bus/car services secured by the Parish for related program activities. I recognize and acknowledge that there are certain risks of physical injury to participants in these programs, and I voluntarily agree to assume the full risk of any and all injuries, damages or loss, regardless of severity, that my minor child or I may sustain as a result of said participation. I further agree to waive and relinquish all claims my minor child or I may have (or accrue to me or my child) as a result of participating in these programs against the School, including its officials, agents, instructors, volunteers and employees.

In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the program director to hospitalize secure proper treatment for and order injection, X-rays, anesthesia and/or surgery for my child, as named herein. I understand and agree that medical or other services rendered at the insistence of the above parties are not an admission of liability to provide or to continue any such services, and is not a waiver by any of said parties. I understand that no accident or medical insurance is provided with this activity. I have read and fully understand the above warning of risk, assumption of risk and waiver and release of all claims.

### UCZESTNICWO NA WŁASNE RYZYKO

Zezwalam swojemu wyżej wymienionemu dziecku na uczestnictwo w „Wakacjach z Bogiem” organizowanym pod patronatem Parafii Miłosierdzia Bożego w Lombard (dalej nazywaną „Parafią”). Zezwalam również na przewóz mojego dziecka autobusem/samochodem wynajętym przez Parafię w celu dowiezienia dziecka na imprezy i wydarzenia związane z zajęciami, których dziecko jest uczestnikiem. Rozumiem, że uczestnictwo w zajęciach niesie za sobą ryzyko doznania obrażeń cielesnych i dobrowolnie zobowiązuję się do wzięcia na siebie odpowiedzialności za wszelkiego rodzaju obrażenia i szkody, bez względu na ich charakter i rozmiar, będące następstwem uczestnictwa w tychże zajęciach. Zgadzam się również, że ani ja, ani moje dziecko nie będziemy wnosić roszczeń o odszkodowanie z tytułu obrażeń doznanych w następstwie uczestnictwa w zajęciach pozalekcyjnych przeciwko Parafii, instruktorom, wychowawcom i osobom prowadzącym zajęcia z dziećmi.

W razie wypadku, kiedy kontakt ze mną nie jest możliwy, zezwalam lekarzowi wybranemu przez osobę prowadzącą zajęcia na hospitalizowanie i wykonywanie niezbędnych zabiegów medycznych, zlecenie zastrzyków, znieczuleń, prześwietleń, i/ lub zabiegów operacyjnych koniecznych w leczeniu mojego dziecka. Rozumiem, że udzielenie pomocy medycznej na prośbę wyżej wymienionych osób nie nakłada na nich zobowiązań finansowych na pokrycie kosztów z nią związanych. Parafia nie zapewnia ubezpieczenia medycznego i od wypadków na czas zajęć pozalekcyjnych. Przeczytałem/am i przyjąłem/am do wiadomości powyższe oświadczenie o uczestniczeniu w zajęciach na własne ryzyko.

Podpis Rodzica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nazwa Firmy Ubezpieczeniowej  
(proszę dołączyć kopię karty ubezpieczeniowej)

Nr Polisy (lub Group No.) \_\_\_\_\_