



Polska Parafia pw. Miłosierdzia Bożego

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

Wyjazd Scholi Młodzieżowej do Amerykańskiej Częstochowy, Nowego Jorku

KOSZT: 250

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
-----------------	-------	-------------	---------------

UCZESTNICZWO NA WŁASNE RYZYKO

Zezwalam swojemu wyżej wymienionemu dziecku na uczestnictwo w wyjeździe scholi młodzieżowej organizowanym pod patronatem Parafii Miłosierdzia Bożego w Lombard (dalej nazywaną „Parafią”). Zezwalam również na przewóz mojego dziecka samochodem w celu dowiezienia dziecka do miejsc docelowych i z powrotem. 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 tym wyjeździe. 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, wychowawcom, prowadzącym pojazdy i księdzu.

W razie wypadku, kiedy kontakt ze mną nie jest możliwy, zezwalam lekarzowi wybranemu przez opiekuna grupy 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 wyjazdu. 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.)