

**Youth Camp Ass. P.N.A. Yorkville**  
**Młodzieżowy Ośrodek Sportowy w Yorkville, IL.**  
***Lato/Summer w/in Yorkville 2010***

Turnus/Session	Data/Date	Amount Paid (Cash)	Amount Paid (Check)	Check #	Notes
I	06/20/10 - 06/26/10				
II	06/27/10 - 07/03/10				
III	07/04/10 - 07/10/10	<b>Camp Reserved</b>			
IV	07/11/10 - 07/17/10				
V	07/18/10 - 07/24/10				
VI	07/25/10 - 07/31/10	<b>Camp Reserved</b>			
VII	08/01/10 - 08/07/10				
VIII	08/08/10 - 08/14/10	<b>Camp Reserved</b>			

Imię i nazwisko dziecka  
*Child's First & Last Name* \_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko rodziców  
*Parent's Name* \_\_\_\_\_

Adres/*Address* \_\_\_\_\_

Telefon Domowy/*Home Phone #* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Komórkowy telefon/*Cellular Phone/ #* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numer telefonu do pracy/*Work Phone* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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?*

*If yes, what is the certificate #* \_\_\_\_\_

## **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 lekarstwa:

---

---

*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:*

---

---

**Podane powyżej informacje są dokładne i prawdziwe**  
*To the best of my knowledge, the above information is accurate.*

**Podpis rodziców/Parent Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

# Release and Waiver

Wyrażam zgodę by moje dziecko \_\_\_\_\_ brało udział we wszystkich zajęciach koloni letnich w Yorkville. Zobowiązuję się nie wnosić żadnych roszczeń ani 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.

*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 Districts 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.*

Nazwisko rodziców albo opiekuna /Printed Name of Parent or Guardian:

\_\_\_\_\_

Podpis rodziców albo opiekuna/Signature of Parent or Guardian:

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wypełnioną Aplikację, Czeki lub Money Order wystawiać na/ Filled out Applications and Check/Money Order, must be sent to:

**PNA YOUTH CAMP  
P.O. BOX 331  
LEMONT, IL 60439**