

Youth Camp Ass. P.N.A. Yorkville
Młodzieżowy Ośrodek Sportowy w Yorkville, IL.
Lato/Summer w/in Yorkville 2012

Turnus/Session	Data/Date	Amount Paid (Cash)	Amount Paid (Check)	Check #	Notes
I	06/24/12 - 06/30/12				
II	07/08/12 - 07/14/12				
III	07/15/12 - 07/21/12				
IV	07/22/12 - 07/28/12				
V	07/29/12 - 08/04/12				
VI	08/05/12 - 08/11/12				

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 # _____

Do której polskiej szkoły dziecko uczeszcza? _____

Proszę podać rozmiar koszulki dziecka _____

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 causer 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**