



VIII Światowy Zlot ZHP - Zegrze, Polska / Informacja o stanie zdrowia VIII World Jamboree of Polish Scouting - Zegrze, Poland / Health Information

To be filled out by parent, guardian, or adult participant 18 years or older. Please print in black ink.

Wypełniają rodzice, opiekunowie lub dorośli uczestnicy w wieku 18 lat i wyżej; pismem drukowanym, czarnym długopisem lub atramentem

IDENTIFICATION / Dane osobiste

Name of camper

Imię i nazwisko uczestnika/-czki

Date of birth

Data urodzenia

Age

Wiek

Sex

Płeć

Name of parent or guardian

Imię i nazwisko rodziców lub opiekuna

Telephone (home) / Nr telefonu

domowego (podać nr. kierunkowy)

Work / Nr telefonu w pracy

(podać nr. kierunkowy)

Home address / Adres zamieszkania

City

Miasto

State/Province

Stan/Prowincja

Zip code

Kod pocztowy

Country

Kraj

If parent/guardian named above is not available in the event of an emergency, notify:

W nagłym przypadku, gdy rodzic/opiekun podany powyżej jest nieosiągalny, proszę powiadomić:

Name

Imię i nazwisko

Telephone / Nr telefonu

(podać nr. kierunkowy)

Name of personal physician

Nazwisko lekarza rodzinnego

Telephone / Nr telefonu

(podać nr. kierunkowy)

Personal health/accident

insurance carrier

Firma ubezpieczeniowa

Policy number

Numer polisy

Group number

Numer grupy

Travel insurance carrier

Firma ubezpieczająca w podróży

Policy number

Numer polisy

Copy of insurance card/cards both sides (Included)

Kopia legitymacji ubezpieczeniowej/ubezpieczeniowych z obu stron (załączona)

I give permission for full participation in the Polish Scouting Programs at the VIII World Jamboree of Polish Scouting, subject to limitations noted herein. In case of emergency, I understand every effort will be made to contact me (if participant is an adult, my spouse or another designated person). In the event I cannot be reached, I hereby give my permission to the licensed health-care practitioner selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for my child (or for me, if participant is an adult).

Zezwalam na pełne uczestnictwo w programie VIII Światowego Zlotu Związku Harcerstwa Polskiego, z wyjątkiem podanych niżej ograniczeń. Rozumiem, że w nagłym przypadku zostanie podjęty każdy możliwy wysiłek, aby skomunikować się ze mną (dla dorosłych uczestników: z współmałżonkiem lub inną wskazaną osobą). Jeżeli kontakt okaże się niemożliwy, zezwalam niniejszym, by licencjonowany pracownik służby zdrowia wybrany przez dorosłego opiekuna na zlocie przepisał mojemu dziecku (mnie – w przypadku dorosłego uczestnika) odpowiednie zabiegi medyczne, w tym hospitalizację, narkozę, zabieg chirurgiczny lub zastrzyk.

Signature of parent/guardian or adult

Podpis rodzica / opiekuna lub dorosłego uczestnika/czki

Date

Data

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION Informacja w razie nagłego przypadku

Has or is subject to (please check) Objawy, dolegliwości i inne (proszę zaznaczyć):

ALLERGY TO A MEDICINE, FOOD, PLANT, ANIMAL, OR INSECT TOXIN

Alergia na lek, artykuł żywnościowy, roślinę, zwierzę, jad owada

Any condition that may require special care, medication, or diet

Stan wymagający specjalnej opieki, lekarstwa, diety

ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)

(Zaburzenia uwagi i nadpobudliwość)

Asthma

Astma

Convulsions

Konwulsje

Heart trouble

Zaburzenia pracy serca

Contact lenses

Szklka kontaktowe

Diabetes

Cukrzyca

Fainting spells

Omdlenia

Bleeding disorders

Krwotoki

Dentures

Sztuczne szczęki

VIII Światowy Zlot ZHP - Zegrze, Polska / Informacja o stanie zdrowia

VIII World Jamboree of Polish Scouting - Zegrze, Poland / Health Information

To be filled out by parent, guardian, or adult participant 18 years or older. Please print in black ink.

Wypełniają rodzice, opiekunowie lub dorośli uczestnicy w wieku 18 lat i wyżej; pismem drukowanym, czarnym długopisem lub atramentem

STATE OF MY HEALTH AND HEALTH DIRECTIVES

(for the use of Jamboree directors and medical staff) / Stan zdrowia oraz zalecenia dla komendy zlotu

Komenda zastrzega sobie prawo nie przyjęcia na Zlot osób, które nie wypełniły w całości formularzy medycznych

PAST HEALTH HISTORY / GENERAL HEALTH

Historia zdrowia

Ogólny stan zdrowia

Name of camper

Imię i nazwisko uczestnika/-czki

1. Eye symptoms

Oczy

Wears glasses

Nosi okulary

2. Ear symptoms

Schorzenia uszu

Hearing

Słuch

Earaches (explain)

Bóle ucha (wyjaśnić)

3. Colds, sore throat, etc.

Zaziębienia, bóle gardła itp.

4. High fever (explain)

Wysoka gorączka (wyjaśnić)

5. Fainting spells (explain)

Omdlenia (wyjaśnić)

6. Convulsions (date and cause)

Konwulsje (Data i przyczyna)

7. Dental problems

Choroby/nieprawidłowości uzębienia

8. Speech difficulty

Zaburzenia wymowy

9. Nervous habits:

Nerwice

Temper tantrums

Napady złości/histeria

Thumb sucking

Ssanie kciuka

Nail biting

Ogryzanie paznokci

Other

Inne

10. Medications (names)

Lekarstwa (nazwy)

Are they taken regularly?

Zażywane regularnie

When?

Kiedy?

11. Diabetes

Cukrzyca

Medicines taken

Lekarstwa

Is there diabetes in the family?

Czy występuje w rodzinie?

Give relationship

Podać pokrewieństwo

12. Other

Inne

13. Tuberculosis contacts (Who?)

Kontakt z gruźlicą (Kto?)

When?

Kiedy?

14. Operations (Type of surgery / date)

Zabiegi chirurgiczne (Rodzaj operacji i data)

15. Injuries (Explanation and dates)

Kontuzje/urazy (Wyjaśnić jakie, podać daty)

16. Heart defects / diseases

Wady/choroby serca

17. Chronic illnesses

Choroby chroniczne

18. Recent illnesses

Ostatnio przebyte choroby

19. Food allergies (list)

Alergie pokarmowe (podać jakie)

20. List all communicable diseases to which the camper was exposed in the past month

Lista chorób zakaźnych, z którymi uczestnik zetknął się w ubiegłym miesiącu

VIII Światowy Zlot ZHP - Zegrze, Polska / Informacja o stanie zdrowia

VIII World Jamboree of Polish Scouting - Zegrze, Poland / Health Information

Name of camper

Imię i nazwisko uczestnika/-czki _____

DISEASES AND CONDITIONS

Choroby i stany chorobowe

(DATES)

Daty

DISEASE AND CONDITIONS

Choroby i stany chorobowe

(DATES)

Daty

Whooping Cough

Koklusz

Chicken Pox

Ospa wietrzna

Measles – Rubeola

Odra

Rubella (3 day)

Różyczka

Mumps

Świnka

Hemophilia

Hemofilia

Scarlet Fever

Szkarlatyna

Strep Throat

Zapalenie gardła

Angina

Angina

Mononucleosis

Mononukleozą

ADHD

ADHD, nadpobudliwość

Poliomyelitis

Choroba Heinego-Mediny

Shigellosis

Infekcja jelit bakterią szigela

Pneumonia

Zapalenie płuc

Hepatitis

Żółtaczką

Osgood-Schlatter disease

Choroba Osgood-Schlattera

Epilepsy

Padaczką

Nose bleeds (frequent)

Częste krwotoki nosa

Eczema (Atopic dermatitis)

Egzema

Meningitis

Zapalenie opon mózgowych

Hay fever

Katar sienny

Poison ivy

Trujący bluszcz

Insect stings

Ukąszenia przez owady

Dysentery

Dezynteria

Allergies (Specify)

Alergie (wyszczególnić)

To the best of my knowledge, the information above (page 2 and 3) is accurate and complete.

Stwierdzam, że powyżej podane informacje (strona 2 i 3) są kompletne i zgodne z prawdą.

Signature of parent/guardian or adult camper

Podpis rodzica / opiekuna lub dorosłego uczestnika Zlotu

Date

Data

VIII Światowy Zlot ZHP - Zegrze, Polska / Informacja o stanie zdrowia

VIII World Jamboree of Polish Scouting - Zegrze, Poland / Health Information

PHYSICAL EXAMINATION / RESTRICTIONS AND GUIDELINES – To be filled out only by a physician

Badanie lekarskie – wypełnia tylko lekarz

Name of camper

Imię i nazwisko uczestnika/-czki _____

Date of birth

Data urodzenia _____

Age

Wiek _____

Sex

Płeć _____

CHECK-UP CODE: V – satisfactory; I – not satisfactory; 0 – not examined

Spis oznaczeń: V – zadowolający; I – niezadowolający; 0 – nie badany

Height		Weight	
<i>Wzrost</i>	_____	<i>Waga</i>	_____
Vision:	Normal	Glasses	Contacts
<i>Wzrok</i>	<i>W normie</i>	<i>Okulary</i>	<i>Szklka kontaktowe</i>
Hearing:	Normal	Abnormal	
<i>Słuch</i>	<i>W normie</i>	<i>Zaburzenia</i>	
Blood pressure		Pulse	Temperature
<i>Ciśnienie krwi</i>	/	<i>Puls</i>	<i>Temperatura</i>
Heart		Lungs	Eyes
<i>Praca serca</i>		<i>Płuca</i>	<i>Oczy</i>
Throat		Tonsils	Skin
<i>Gardło</i>		<i>Migdałki</i>	<i>Skóra</i>
Head		Neck	Thyroid
<i>Głowa</i>		<i>Szyja</i>	<i>Tarczyca</i>
Abdomen		Hernia	Genitals
<i>Brzuch</i>		<i>Przepuklina</i>	<i>Genitalia</i>
Musculoskeletal			Respiration
<i>Układ mięśniowo-szkieletowy</i>			<i>Oddech</i>
Nervous system			Nose
<i>Układ nerwowy</i>			<i>Nos</i>
Menstrual history			Lymph nodes
<i>Miesiączka</i>			<i>Węzły chłonne</i>
General condition			Other glands
<i>Stan ogólny</i>			<i>Inne gruczoły</i>
Comments			Ears
<i>Uwagi</i>			<i>Uszy</i>

List current medications
Lista przyjmowanych obecnie leków

Immunizations: (Give dates)
Szczepienia (Proszę podać daty)

Tetanus	Diphtheria	Pertussis	Measles
<i>Tężec</i>	<i>Dyfteryt</i>	<i>Koklusz</i>	<i>Odra</i>
Polio	Rubella	Chicken Pox	Other
<i>Heine-Medina</i>	<i>Różyczka</i>	<i>Ospa wietrzna</i>	<i>Inne</i>

Approved for participation in:
Może uczestniczyć:

Hiking and camping	Competitive sports	Water activities	All activities
<i>Wędrówki i obozowanie</i>	<i>Sporty wyczynowe</i>	<i>Sporty wodne</i>	<i>Wszystkie zajęcia</i>

Specify exceptions
Wyszczególnić zastrzeżenia

Recommendations (explain any restrictions or limitations)
Zalecenia (wyjaśnić wszelkie zastrzeżenia i ograniczenia)

Dietary restrictions (explain separately)
Zastrzeżenia dietetyczne (wyszczególnić)

Examining physician (print):
Badający lekarz (drukem)

Telephone
Numer telefonu

Physician's signature:
Podpis lekarza:

Date
Data

Country/State License in:
Licencja wydana w kraju/stanie:

License number
Numer licencji
