



Wycieczka dla klas 9A i 10/11

Sight & Sound Theatres, Lancaster, PA
<http://www.sight-sound.com>

TERMIN WYCIECZKI: 7-8 GRUDNIA, 2013

ORGANIZATOR WYCIECZKI: EWA LEWKOWICZ (860-518-7052) (860-620-0324)

Wyjazd – 9:00 rano 7 grudnia (Premier Bus Lines) Powrót – 13:00 8 grudnia

Kierownik wycieczki: Ewa Lewkowicz

KOSZT WYCIECZKI: \$115.00. W KOSZT WYCIECZKI WLICZONY PRZEJAZD, NOCLEG, POSIŁKI (OBIAD I SNIADANIE) ORAZ ATRAKCJE (SZTUKA PT. MIRACLE OF CHRISTMAS).

OPLATA NIE BĘDZIE ZWRÓCONA W RAZIE NIEOBECNOŚCI DZIECKA.



INFORMACJE O UCZESTNIKU WYCIECZKI (WYPEŁNIA RODZIC LUB OPIEKUN PRAWNY).

PONIŻSZA FORMA WRAZ Z OPLATĄ MUSI BYĆ ZWRÓCONA DO NAUCZYCIELA DO DNIA **16 LISTOPADA 2013.**

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ: **KLASA:**

ADRES ZAMIESZKANIA:

TELEFON DOMOWY: **TELEFONY KOMÓRKOWE:**

Dodatkowy kontakt w razie nieobecności rodziców/opiekunów (tel./pokrewieństwo):

CZEK# _____ **GOTÓWKA**

UWAGI DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA DZIECKA/UCZULENIA:

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE (CARRIER/POLICY/GROUP NUMBER):

ZGODA RODZICÓW NA WYJAZD DZIECKA NA WYCIECZKĘ

Wyrażam zgodę na udział mojej córki/ syna na udział w wycieczce do Sight & Sound Theatres, Lancaster, PA w dniach 7-8 grudnia, 2013.

Wyrażam zgodę na udzielenie wszelkiej potrzebnej pomocy w razie zaistniałego wypadku i pokrycia ewentualnych kosztów z tym związanych.

.....
Data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

Medyczna historia

Lista chorób przebytych w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

Lista lekarstw zażywanych przez ucznia

Restrykcje żywieniowe

Inne restrykcje

Podpis rodzica/opiekuna:

Data:

Name of participant /Uczestnik(czka) wycieczki

Kierownictwo wycieczki dołoży wszelkich starań, aby zagwarantować bezpieczeństwo i dobrą atmosferę w czasie trwania wycieczki. Prosimy zapoznać się z regulaminem wycieczki. Konsekwencją nieprzestrzegania regulaminu wycieczki lub niepodporządkowania się wymogom organizacyjnym będzie odesłanie uczestnika do domu na koszt rodziców.

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW

Oświadczam, że podana historia zdrowia jest zgodna z rzeczywistością. Niniejszym pozwalam lekarzowi wybranemu przez kierownictwo wycieczki na wykonanie niezbędnych zabiegów koniecznych dla ratowania życia lub zdrowia mojego dziecka. W nagłych wypadkach, gdy nie będzie możliwe porozumienie się ze mną, zezwalam lekarzowi na skierowanie mego dziecka do szpitala, oraz zarządzenie odpowiednich zabiegów, zastrzyków, znieczuleń i operacji.

PARENT AUTHORIZATION

The medical history is correct to the best of my knowledge. I hereby give the permission to the physician approved by the trip organizers to order treatments necessary for the health of my child. In an event where I can not be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician to hospitalize, secure proper treatment for my child and order injections and/or anesthesia 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 is not an admission of liability to provide or to continue to provide any such service, and is not a waiver by any of the said parties.

ZRZECZENIE

Zezwalam swemu dziecku, wymienionemu poniżej, na wzięcie udziału w wycieczce do Sight & Sound Theatres, PA organizowanej przez Szkołę Języka Polskiego w New Britain CT. W pełni zdaje sobie sprawę z ryzyka jakie ponoszę pozwalając dziecku na uczestnictwo w wycieczce i zobowiązuje się nie wnosić żadnych roszczeń, żądań, lub wkraczać na drogę prawną przeciwko Szkole Języka Polskiego czy Kierownictwu wycieczki w wypadku choroby lub cielesnych obrażeń poniesionych przez moje dziecko w czasie wycieczki.

WAIVER OF LIABILITY

I give permission to my child, named in this form, to take part in this trip to Sight & Sound Theatres, PA . In consideration for my child being allowed to participate in this trip, I waive any claim, demand or cause of action, legal or equitable against Polish Language School or the trip organizers/chaperones for any illness or injuries to my child that might be sustained by him or her during the period of the trip.

My participation is voluntary and done at my own risk. I voluntarily assume all risk of loss, damage or injury that may be sustained while participating in the trip to Poland. I agree to abide by the established rules of the trip and to obey the directions of the trip chaperones. I understand the above and acknowledge the waiver of liability with my signature.

.....
Name of Parent/Guardian

.....
Signature

.....
Date

REGULAMIN WYCIECZKI
Sight & Sound Theatres
7/8 GRUDNIA 2013

1. Wymagane jest bezwzględne posłuszeństwo, uprzejmość, i szacunek względem opiekunów, organizatorów, przewodników, jak również pozostałych uczestników wycieczki.
2. Wszelkiego rodzaju akty agresji są niedozwolone i będą surowo karane.
3. Wymagane jest poszanowanie mienia społecznego jak również wszelkich innych przedmiotów publicznego użytku. W razie zaistniałej dewastacji, wszelkie koszty z tym związane pokrywa uczeń i jego rodzice.
4. Niedopuszczalne jest samowolne opuszczanie grupy i poruszanie się bez opiekuna.
5. Nie wskazane jest zabieranie wartościowych rzeczy na wycieczkę (np. biżuteria, drogie aparaty fotograficzne, gry elektroniczne itd.)
6. Większa suma pieniędzy będzie przechowywana u opiekuna grupy. Szkoła Języka Polskiego, Zarząd szkolny i opiekunowie wycieczki nie odpowiadają za zagubione, zostawione lub skradzione rzeczy.
7. Cisza nocna będzie obowiązywała od godziny 2:00 am i ściśle przestrzegana przez kierownictwo wycieczki.

Zobowiązanie

Ja , niżej podpisany(a), wraz z moim dzieckiem, zaznajomiłem(a)m się szczegółowo z regulaminem wycieczki i zobowiązuję się do jego ścisłego przestrzegania.

Podpis uczestnika/uczestniczki

_____ Data _____

Podpis Rodzica/Opiekuna

Nr.ubezpieczenia _____