

FORMULARZ – ZGODA RODZICÓW NA ROK AKDEMICKI.

Przepisy o Ochronie Danych Osobowych. Informacje zawarte w niniejszym formularzu będą użyte wyłącznie w celach organizacji wycieczek oraz wypraw szkolnych w oparciu o wytyczne Wydziału Edukacji i Umiejętności. Dane te nie będą przekazywane innym zewnętrznym jednostkom bez Państwa pisemnej zgody, za wyjątkiem Lokalnych Władz Szkolnych oraz nagłych wypadków.

1. **Niniejszy formularz będzie wykorzystany do wszelkich wizyt odbywających się pomiędzy rozpoczęciem dnia szkolnego, a zakończeniem dnia szkolnego z włączeniem programu eXtra@Treviglas o godz. 16:10 (poniedziałki i środy), 16:30 (wtorki i czwartki) oraz 15:00 (piątki). Formularz ten będzie używany także przy wizytach odbywanych poza godzinami szkolnymi, za wyjątkiem wycieczek przygodowych, z zamieszkaniem lub zagranicznych.**

2. Imię i nazwisko uczestnika.....

3. Wiek.....Data urodzenia.....

4. Adres.....
.....
.....

5. Kontakt w nagłych wypadkach

Imię i nazwisko..... Nr tel.....

Nr tel. kom.....

Imię i nazwisko..... Nr tel.....

Nr tel. kom.....

6. Informacje personalne. Poniżej prosimy podać szczegóły oraz informacje personalne, które mogą być istotne.

A. Czy Państwa dziecko, o ile Państwu wiadomo, miało kontakt z jakąkolwiek chorobą zakaźną w przeciągu ostatnich 3 tygodni?

TAK NIE Jeśli tak, proszę podać szczegóły.....

B. Czy cierpi on/ona na alergię, cukrzycę, migrenę, epilepsję, silne bóle miesiączkowe, lunatykowanie, moczenie nocne lub jakąkolwiek inną dolegliwość lub niepełnosprawność?

TAK NIE Jeśli tak, proszę podać szczegóły.....

C. Czy jest on/ona uczulony/a na cokolwiek (np. antybiotyki, bandaże, aspirynę lub inne leki, jedzenie lub picie)?

TAK NIE Jeśli tak, proszę podać szczegóły.....

D. Czy jest on/ona nadwrażliwy/a na penicylinę?

TAK NIE Jeśli tak, proszę podać szczegóły.....

E. Czy jest on/ona aktualnie poddany/a leczeniu?

TAK NIE Jeśli tak, proszę podać szczegóły choroby/niepełnosprawności oraz leczenia

F. Data ostatniego zastrzyku przeciw tężcowi.....

G. Czy ma on/ona szczególne wymagania dietetyczne.....

H. Czy jest on/ona w stanie przeplnąć 50 metrów? TAK NIE

I. Imię, nazwisko i adres lekarza dziecka.....

Nr tel.....

7. Ubezpieczenie: Informujemy, iż kwota Ubezpieczenia Wycieczek Szkolnych w przypadku wypadku osobistego oraz utraty mienia jest ograniczona. Uczestnicy są objęci ubezpieczeniem Cornwall Council na wypadek zaniedbania przez ich pracowników lub agentów. Szczegóły dostępne na życzenie.

8. ZGODA RODZICOW:

- (i) Zapoznałem/am się z informacjami tu zawartymi i wyrażam zgodę, aby mój syn/ moja córka wziął/wzięła udział w wyżej wymienionych zajęciach.
- (ii) Rozumiem, iż koniecznym jest, aby on/ona zachowywał/a się w sposób odpowiedzialny w każdym momencie.
- (iii) Rozumiem, iż pracownicy odpowiedzialni za zajęcia będą odpowiednio opiekowali się uczestnikami.
- (iv) Wyrażam zgodę na zastosowanie koniecznego leczenia w nagłych przypadkach. Upoważniam zatem osoby kierujące wycieczką do podpisania, w moim imieniu, wszelkich pisemnych zgód wymaganych przez władze szpitala w przypadku konieczności leczenia (operacja lub zastrzyk) jeśli czekanie na mój podpis może być uznane przez lekarza lub chirurga za zagrażające zdrowiu lub bezpieczeństwu mojego dziecka.
- (v) Wyrażam zgodę na podróżowanie mojego dziecka pojazdem mechanicznym kierowanym przez pracownika lub innego dorosłego w nagłym przypadku oraz w zgodzie z wytycznymi Lokalnych Władz Szkolnych.
- (v1) Rozumiem, iż uczniowie reprezentują szkołę podczas wszelkich wizyt i wymaga się od nich dobrego zachowania, zawsze w zgodzie z zasadami szkoły. Przewodniczący Wycieczki ma prawo podjąć wszelkie odpowiednie działania.

PODPIS.....

IMIĘ I NAZWISKO CZYTELNICIE.....

(Prosimy o napisanie imienia i nazwiska drukowanymi literami)

9. Prosimy o zwrot niniejszego formularza do wydziału **STUDENT SERVICES** (Usługi dla Uczniów)

10. Szkoła może wydać rodzicowi/opiekunowi kopię poniższego formularza na prośbę, po złożeniu podpisu.

CORNWALL COUNTY COUNCIL – Urząd Gminy Kornwalii

Uwagi:

Lokalne Władze Szkolne poprzez swych pracowników i agentów będą odpowiednio opiekowały się Państwa dzieckiem, jego mieniem oraz pieniędzmi. Jeżeli Państwa dziecko ulegnie wypadkowi, poniesie straty lub zniszczenia mienia oraz pieniędzy nie w wyniku braku opieki ze strony władz szkolnych, ich pracowników lub agentów, władze szkolne nie będą odpowiedzialne za zniszczenia lub wynikłe straty finansowe. Podobnie, jeśli Państwa dziecko spowoduje straty osoby trzeciej lub jej mienia, władze szkolne nie ponoszą odpowiedzialności, chyba, że udowodni się, iż były one w jakiś sposób winne. Szkoła posiada polisę ubezpieczeniową na wypadek kwestii wspomnianych w powyższych uwagach.