

***Kazimierz Pułaski Polish Saturday School in Atlanta***

***Polska Sobotnia Szkoła im. Kazimierza Pułaskiego w Atlancie***

**Medical Emergency Procedures, Emergency Contacts, and Waiver of Liability**

**Postępowanie w nagłych przypadkach medycznych, kontakt w razie nagłych wypadków, oraz oświadczenie o rezygnacji z roszczeń**

It is mutually agreed that in the event of an accident or illness of my child while in the care of the teachers and assistants (the Staff) of the Polish School of Atlanta, the Staff should use their best efforts to contact the parents or guardians immediately. If the parents or guardians cannot be reached immediately, the Staff will use their best efforts to contact the emergency numbers provided by the parents/guardians (primarily the child’s doctor). In the event that a parent, a guardian, and an emergency contact are not immediately available, the Staff is authorized to provide such care as the situation may reasonably warrant.

**The parents and guardians agree that the Staff of the Polish School of Atlanta act in good faith to comply with the accident and illness procedures and that neither the members of Staff nor the School shall be liable for the accident and/or illness of the child. Any and all liability as might otherwise exist is expressly waived by the parent/guardian.**

Rozumiem, że w razie wypadku lub choroby mojego dziecka będącego pod opieką nauczycieli i asystentów (Kadra Szkoły) Polskiej Sobotniej Szkoły w Atlancie, Kadra Szkoły będzie podejmować starania aby natychmiast skontaktować się z rodzicami lub opiekunami. Jeżeli nie będzie można natychmiast nawiązać kontaktu z rodzicami lub opiekunami, Kadra będzie podejmować starania aby skontaktować się z innymi osobami wskazanymi przez rodziców lub opiekunów (przede wszystkim z lekarzem dziecka). W przypadku gdy rodzice lub opiekunowie oraz inne wskazane osoby nie będą natychmiast dostępne, członkowie Kadry Szkoły są upoważnieni do udzielenia pomocy w takim stopniu jaki jest w danej sytuacji odpowiedni.

**Rodzice/opiekunowie zgadzają się, że Kadra Polskiej Szkoły w Atlancie postępuje w dobrej wierze stosując się do procedur działania w razie wypadku lub choroby. Rodzice/opiekunowie zgadzają się, że ani członkowie Kadry Szkoły ani sama Szkoła nie ponoszą odpowiedzialności za wypadek lub chorobę dziecka. Rodzice/opiekunowie zrzekają się jakichkolwiek roszczeń, które mogłyby w takim przypadku powstać.**

Name of the child/children attending the Polish Saturday School in Atlanta (PLEASE PRINT)

Imię i nazwisko dziecka/dzieci uczęszczających do Polskiej Sobotniej Szkoły w Atlancie

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Names of parents or guardians (please PRINT) Imiona i nazwiska rodziców lub opiekunów

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Signature of parent or guardian Podpis rodzica lub opiekuna

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date Data

………………………………….

Emergency contact other than parents or guardians - name and phone numer

Kontakt w razie nagłego wypadku, z wyłączeniem rodziców i opiekunów - nazwisko i numer telefonu

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Health Insurance Company and Group Number Nazwa firmy ubezpieczeniowej i numer grupy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

The Child’s doctor - name and phone numer Nazwisko i numer telefonu lekarza dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………….