

## Student Emergency Release Form - School Year 2026/2027

**TO WHOM IT MAY CONCERN:** This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency in my absence.

To oświadczenie jest wypełnione i podpisane z własnej woli, wyłącznie w celu właściwego leczenia w razie nieszczęśliwego wypadku, podczas mojej nieobecności.

**Name of minor** (Imię i nazwisko dziecka) \_\_\_\_\_

**Parent's name** (Imiona i nazwisko rodziców) \_\_\_\_\_

**Address** (Adres) \_\_\_\_\_

**Phone number** (Numer telefonu) \_\_\_\_\_

**Physician** (Lekarz) \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

### MEDICAL INFORMATION (Informacje medyczne dotyczące dziecka)

Medication(s) your child is allergic to \_\_\_\_\_

(Lekarstwa, na które jest dziecko uczulone)

Medication(s) your child is currently taking \_\_\_\_\_

(Lekarstwa, które dziecko bierze codziennie)

Allergies \_\_\_\_\_

(Uczulenia)

Other important medical information you would like us to have

(Inne ważne medyczne informacje, o których powinniśmy wiedzieć)

\_\_\_\_\_

**Emergency contact:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

(Inny kontakt w razie niemożności skontaktowania się z rodzicami)

### MEDICAL EMERGENCY AUTHORIZATION (Zezwolenie na medyczną pomoc dziecku)

The school has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the nearest medical facility, and its medical staff have my authorization to provide treatment that a physician deems necessary for the well-being of my child. Parent/Guardian agrees to assume financial responsibility for all expenses and bills incurred in any emergency requiring medical attention.

(Szkoła ma moje zezwolenie, w nagłych wypadkach, kiedy nie można się ze mną skontaktować, aby moje dziecko mogło być przewiezione do najbliższego ośrodka medycznego. Personel i zakład medyczny ma moje upoważnienie do zapewnienia właściwego leczenia. Rodzice zgadzają się na poniesienie całkowitej finansowej odpowiedzialności za wszelkie koszty i opłaty związane z zaistnieniem sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej dla mojego dziecka).

**Parent or Legal Guardian Signature(s)** (Podpis rodziców)

\_\_\_\_\_

**Date** (Data) \_\_\_\_\_