

AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT



JMJ Cracovie 2016 avec le Diocèse de Beauvais

UPOWAŻNIENIE OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA ŚDM Kraków 2016



Je soussigné(e) NOM et Prénom : _____

Ja, niżej podpisany(a), (NAZWISKO i Imię)

Tél. joignable pendant toute la durée du pèlerinage : +33 _____

Telefon kontaktowy w trakcie całej pielgrzymki

autorise l'enfant : _____ né(e) le ____ / ____ / _____

upoważniam dziecko:

urodzone

à participer aux Journées Mondiales de la Jeunesse Cracovie 2016 avec le Diocèse de Beauvais :

do uczestnictwa w Światowych Dniach Młodzieży w Krakowie 2016 wraz z diecezją Beauvais

- | | | | |
|--------------------------|--|------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | du 14 juillet au 4 août 2016 | (Formule « Complète ») | <i>od 14 lipca do 4 sierpnia</i> |
| <input type="checkbox"/> | du 14 juillet au 1 ^{er} août 2016 | (Formule « Festive ») | <i>od 14 lipca do 1 sierpnia</i> |
| <input type="checkbox"/> | du 24 juillet au 4 août 2016 | (Formule « Bohême ») | <i>od 24 lipca do 4 sierpnia</i> |
| <input type="checkbox"/> | du 24 juillet au 1 ^{er} août 2016 | (Formule « Krakow ») | <i>od 24 lipca do 1 sierpnia</i> |

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise M. l'Abbé Antoine Fernet ou la personne désignée par lui à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. J'autorise le responsable à sortir le jeune des urgences sur avis médical.

Ja deklaruje że powyższe dane zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe i zezwalam odpowiedzialnemu do podjęcia wszelkich decyzji (leczenie, hospitalizacja, chirurgia) niezbędnych ze względu na stan zdrowia dziecka, według wskazań lekarza i / lub służb ratowniczych, jedynych uprawnionych do wyboru szpitala. Zezwalam osobie nadzorującej na wypisanie mojego dziecka z pogotowia medycznego pod warunkiem zgody lekarza.

Je demande la Carte Européenne d'Assurance Maladie gratuite (*infos et demande : ameli.fr*) pour l'enfant (à avoir avec lui lors du pèlerinage).

Postaram się o Europejską Kartę Ubezpieczeniową, dla mojego dziecka (więcej informacji: ameli.fr), która będzie miał przy sobie w trakcie pielgrzymki.

Voici les caractéristiques de mes assurances personnelles :

Oto dane mojego ubezpieczenia zdrowotnego:

N° de Sécurité Sociale : _____

Numer ubezpieczenia społecznego:

Mutuelle : _____

Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

INFORMACJE MEDYCZNE DOTYCZĄCE DZIECKA:

L'enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ?

Czy dziecko będzie w trakcie leczenia podczas wyjazdu?

Oui

Tak

Non

Nie

Si oui, lequel ? _____

Si oui, l'ordonnance du médecin doit être jointe. Les médicaments sont remis au responsable de groupe de l'enfant dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom de l'enfant doivent être inscrits sur l'emballage. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Jeżeli tak, należy załączyć receptę od lekarza. Lekarstwa będą powierzone odpowiedzialnemu za grupę dziecka w ich oryginalnym opakowaniu wraz z dołączoną ulotką dotyczącą ich stosowania. Imię i nazwisko dziecka powinno być napisane na opakowaniu. Żadne lekarstwo nie będzie mogło być brane bez odpowiedniej recepty.

Allergies :

Alergie:

Asthme Oui Non

Astma

Tak

Nie

Médicamenteuse Oui Non

Na leki

Tak

Nie

Si oui, laquelle ? _____

Alimentaire Oui Non

Żywniowe

Tak

Nie

Attention ! Aucun régime alimentaire ne sera pris en charge

Uwaga! Nie zapewniamy żadnej specjalnej diety

Autres :

Inne

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Proszę doprecyzować przyczynę alergii oraz zalecenia postępowania (jeżeli dziecko samo sobie z tym radzi, również proszę napisać) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Proszę wskazać trudności ze zdrowiem (choroba, wypadek, napady padaczkowe, hospitalizacja, operacja, rehabilitacja) oraz zalecenia postępowania w związku z nimi:

Recommandations utiles du responsable légal de l'enfant :

L'enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

Przydatne uwagi opiekuna prawnego dziecka:

Dziecko nosi soczewki, okulary, aparat słuchowy, aparat dentystyczny, itd. Proszę wskazać.

Vaccinations obligatoires à jour (en cas de contre-indication, joindre un certificat médical) :

Aktualne szczepienia obowiązkowe (w razie przeciwwskazań proszę dołączyć zaświadczenie lekarskie):

Merci de nous envoyer au nom de votre enfant les **copies de pages scannées du carnet de santé** relatives aux vaccinations suivantes : vaccination antidiphthérique, vaccination antitétanique, vaccination antipoliomyélitique ou une attestation d'un médecin.

Prosimy wysłać kopie zeskanowanych stron z książeczki zdrowia dziecka uwzględniając szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi oraz paraliżowi dziecięcemu (Heinego-Medina) lub odpowiednie zaświadczenie od lekarza.

Fait à : _____ le : ____ / ____ / _____

Sporządzone w:

dnia:

Signature du responsable légal de l'enfant :

Podpis opiekuna prawnego dziecka: