

KARTA KOLONIJNA UCZESTNIKA CAMP AMERICA 2026/2027

CAMP'S HEALTH CARD – CAMP AMERICA MEDICAL FORM

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA APLIKANT/SECTION A - TO BE COMPLETED BY APPLICANT

Imię/First Name: _____ Nazwisko/Last Name: _____

Kobieta/Female Mężczyzna/Male

Wiek/Age: _____ Data urodzenia/Date of Birth: ____/____/____
DD / MM / YYYY

Osoba kontaktowa w nagłych wypadkach / Emergency Contact / Next of Kin Information

Imię/First Name: _____ Nazwisko/Last Name: _____

Relacja/Relationship: _____ Telefon kontaktowy (wraz z numerem kierunkowym do kraju)
 Contact Number (incl. country code): _____

Camp America zostanie niezwłocznie powiadomione przeze mnie w przypadku choroby zakaźnej, poważnego uszkodzenia ciała lub innych zmian w moim stanie zdrowia, które zaszyły po wypełnieniu tego formularza, w tym złamań i zwichnięć, które mogą stanowić przeciwwskazanie do podjęcia pracy. Niniejszym oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Upoważniam lekarza do przekazania Camp America, współpracującym firmom ubezpieczeniowym i medycznym informacji o moim stanie zdrowia. Rozumiem i akceptuję, że ponoszę pełną odpowiedzialność za wykonanie wszelkich wymaganych szczepień, w tym dawek uzupełniających rekomendowanych przez mojego lekarza. Niektóre ośrodki kolonijne mogą wymagać dodatkowych szczepień, skontaktuj się ze swoim dyrektorem campu by uzyskać dodatkowe informacje. Zgadzam się na przekazanie przez wymienione podmioty informacji o moim stanie zdrowia osobie, której imię i nazwisko podałem/am powyżej. Uczestnicy zostaną objęci grupowym pokryciem kosztów leczenia w razie wypadku i choroby. W związku z tym ich historia medyczna zostanie przekazana ubezpieczycielowi w celu objęcia ich ochroną ubezpieczeniową. Poprzez podpisanie tego formularza potwierdzam, że zapoznałem/em się z polityką prywatności (www.culturalinsurance.com link na głównej stronie) i zgadzam się na przekazanie informacji medycznych przez mojego lekarza do Camp America.

Camp America must be notified if you are exposed to a communicable disease/serious injury or of any other changes to your general medical condition after completion of this form, including sprained/broken limbs which may impair performance. I confirm the information on this form is correct to the best of my knowledge. Should any emergency situation arise, I authorise Camp America Staff and any medical provider to release information regarding my condition to camp or their insurance provider/emergency services and I understand they can contact my next of kin or my nominated emergency contact without my prior consent. It is your responsibility to ensure you are fully vaccinated including any boosters advised by your GP. Some Summer Camps may require additional vaccinations, speak with your camp directly for more information. Participants will be included in the programme Accident & Sickness Group coverage and for this purpose your medical history will be shared with the coverage provider. By signing this form I confirm I have read the privacy policy (see www.culturalinsurance.com link at bottom of the homepage) and I confirm that I give permission for my doctor to supply my medical information to Camp America.

Podpis/Signature:..... Data/Date:.....

CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA LEKARZ (NIESPOKREWNIONY Z APLIKANTEM). Formularz uzupełniony przez lekarza podczas wizyty online lub przez placówkę medyczną działającą online nie będą akceptowane.

SECTION B - TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN ONLY (who should not be a relative of the applicant). Online doctor services and virtual medical providers will not be accepted.

Czy aplikant chorował lub występował u niego którykolwiek z poniższych stanów lub schorzeń?
Has the applicant had any of the following?

	Tak/Yes	Nie/No
1. Chroniczne/nawracające stany chorobowe Chronic/recurring illnesses		
2. Operacje, poważne uszkodzenia ciała lub inne poważne stany chorobowe Operations, serious injuries, or other pre-existing medical conditions		
3. Hospitalizacja trwająca powyżej 3 dni Hospitalisation lasting more than three consecutive days		
4. Zaburzenia zdrowia psychicznego Mental health condition(s)		
5. Epizody samookaleczenia Self-harm incident(s)		
6. Zaburzenia odżywiania Eating disorder(s)		
7. Zaburzenia neurorozwojowe Neurodevelopmental condition(s)		
8. Próby samobójcze lub myśli samobójcze Suicide attempt(s) or suicidal ideation		

Imię i nazwisko aplikanta/First and last name of the applicant:.....

Czy zgodnie z Pani/Pana wiedzą, aplikant był kiedykolwiek ofiarą:

To your knowledge has the applicant ever been the victim of the following:

	Tak/Yes	Nie/No
Molestowania/wykorzystywania seksualnego Sexual Abuse		
Przemocy psychicznej (emocjonalnej) Emotional Abuse		
Czy aplikant cierpli na jakiegokolwiek zaburzenia emocjonalne/psychiczne, które mogłyby uniemożliwić mu sprawowanie opieki nad dziećmi? Are there any emotional/mental conditions that would prevent this applicant from caring for children?		
Czy istnieją jakieś ograniczenia do wykonywania aktywności fizycznych? Are there any limitations to any physical activities?		

Prosimy podać szczegóły (wraz z orientacyjnymi datami), jeśli na którekolwiek z pytań zaznaczono odpowiedź TAK:
Please provide details (including approximate dates) if you have answered 'YES' to any of the above:

Prosimy podać nazwy i dawki leków, które badany obecnie otrzymuje oraz przyczyny, dla których je zażywa, w tym również alergię.
(Pacjent będzie wymagał zapasu leków na okres 3 miesięcy):

Please provide name and dosage of all medications applicant is currently prescribed to take and to which condition they relate, please include allergies. (Patient will require up to three months' supply of all medicines):

Nazwa leku/Medicine:..... Przyczyna medyczna/Condition:.....

Czy są problemy z niżej wymienionymi.../Any concerns with the following...

	Tak/Yes	Nie/No		Tak/Yes	Nie/No
Serce Heart			Zespoły natręctw Obsessive Compulsive Disorder		
Płuca Lungs			Astma Asthma		
Migreny Migraines			Cukrzyca Diabetes		
Problemy z kręgosłupem, bóle pleców Back Conditions			Gruźlica Tuberculosis		
Omdlenia/Zawroty Fainting/Dizziness			Gorączka reumatyczna/choroby serca Rheumatic Fever/Heart Disease		
Lunatykowanie/Lęki nocne Sleep Walking/Night Terrors			Urazy głowy/wstrząśnienia mózgu Concussion/Head injuries		
Depresja Depression			Różyczka Measles		
Uogólnione stany lękowe Generalised Anxiety			Świnka Mumps		
Samookaleczenia Self Harm			Koklusz Whooping Cough		
Próby samobójcze Attempted Suicide			Nowotwór Cancer		
Problemy żywieniowe (anoreksja, bulimia) Eating Disorders (Anorexia/Bulimia)			Przebyta ospa wietrzna Had Chicken Pox		

Inne problemy:

Other:.....

Zwiększona podatność/Susceptibilities

Stany drgawkowe/Convulsions/Epilepsy: YES ☐ NO ☐ Data ostatniego napadu/Date of last seizure:.....

Inne (proszę opisać)/Other (please specify):

.....

Imię i nazwisko aplikanta/First and last name of the applicant:.....

Immunizacja/testy – prosimy uzupełnić poniższą tabelę lub załączyć kartę szczepień/książeczkę szczepień. **Prosimy sprawdzić ze swoim campem, ponieważ mogą oni wymagać określonych szczepień.**

Immunisations – please complete or alternatively print off vaccination records and attach. **Please check with your camp as they may require specific vaccinations.**

Wykaz szczepień/ Immunisation		Dawka 1 (miesiąc/rok) Dose 1 (Month/Year)	Dawka 2 (miesiąc/rok) Dose 2 (Month/Year)	Dawka 3 (miesiąc/rok) Dose 3 (Month/Year)	Dawka 4 (miesiąc/rok) Dose 4 (Month/Year)	Dawka 5 (miesiąc/rok) Dose 5 (Month/Year)	Aktualna dawka Most Recent Dose (miesiąc/rok) (Month/Year)
MMR - Świnka/ Odra/Różyczka/ MMR – Mumps/ Measles/Rubella							
Zapalenie opon mózgowych/Meningitis							
Błonica/Krztusiec/Tężec/ Diphtheria/Pertussis/ Tetanus							
Polio (Sabin)/Polio							
WZW Hepatitis	Typu A Type A						
	Typu B Type B						
Dur brzuszny/Typhoid							
Szczepionka przeciwko krztuścowi/ Whooping Cough							
Ospa wietrzna/ Chicken Pox							
Szczepionka przeciwko Covid-19/ COVID-19 Vaccine					Typ i nazwa szczepionki/Type of vaccine:		

Test tuberkulinowy
Tuberculin Test Given? ☐ **Tak/Yes** ☐ **Nie/No** Data/Date: Pozytywny
Positive ☐ Negatywny
Negative ☐

Czy posiada Pani/Pan dostęp do pełnej dokumentacji medycznej badanego?
Do you have access to the patient's full medical history:

TAK/YES ☐ NIE/NO ☐

Jak długo leczy Pani/Pan pacjenta? How long have you been treating the patient?.....

LEKARZ NIE BĘDZIE PONOSIŁ PRAWNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA INFORMACJE I OPINIE PRZEKAZANE CAMP AMERICA W DOBREJ WIERZE

DOCTORS WILL NOT BE HELD LIABLE FOR THE INFORMATION PROVIDED IN GOOD FAITH TO CAMP AMERICA.

PODPIS LEKARZA
DOCTOR'S SIGNATURE:.....

DATA WYPEŁNIENIA
DATE:.....

CZYTELNE IMIĘ I NAZWISKO
PLEASE PRINT NAME:.....

NUMER TELEFONU DO PRZYZCHODNI
PHONE NO.:.....

ADRES EMAIL
EMAIL ADDRESS:.....

**PIECZĘĆ LEKARZA
LUB PRZYZCHODNI/
PLEASE STAMP**