

POLISH SCOUTING ORGANIZATION - ZHP Inc.
ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO
i
KOŁO PRZYJACIÓŁ HARCERSTWA
Ośrodek San Jose

Rejestracja Indywidualna na rok 20__ / 20__

Imię i nazwisko:.....Stopień.....

Adres:.....

.....

Email

Home/Dom Tel:.....Work/Praca Tel:.....

Data Urodzenia:.....Imiona rodziców:.....

Data Wstąpienia do ZHP:.....Nazwa Drużyny:.....

Zobowiązanie:

Zezwalam swojemu/jej synowi/córce na branie udziału we wszystkich zbiórkach, imprezach i akcjach przeprowadzanych w ramach gromady, zastępu, drużyny lub szczerpu należących do hufca Kraków lub Mazowsze. Zgadzam się na pokrycie wszystkich kosztów leczenia ("Medical Expenses") w razie wypadku mojego dziecka podczas zbiórki, lub innej imprezy harcerskiej.

Nazwa Ubezpieczenia/ Carrier:.....

Policy or Group Nr:.....

Waiver of liability:

In consideration of my son's/daughter's application and acceptance as a member of the program and of his/her participation therein, I do hereby for myself, my heirs or assignees release and discharge the Polish Scouting Organization and its directors, officers, members and agents from any responsibility and all manner of actions, suits, debts, damages or claims in law or in equity that I or my legal representatives may have, by reason of my son's/daughter's personal injury, loss of or damage to equipment or any personal property belonging to him/her which may accrue during and by reason of his/her participation as a member of said program provided by Polish Scouting Organization.

Signature of parent or guardian:

Date/Data:

Podpis rodzica lub opiekuna : _____

Czek wypisywać na „KPH – San Jose”

***Oplata rejestracyjna wynosi \$100.00 i składa się z:**

\$45.00 Ubezpieczanie

\$20.00 opłaty do Chorągwi i Hufca

\$35.00 składka członkowska do Koła Przyjaciół Harcerstwa.