

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA WYJAZD DZIECKA ZA GRANICĘ



PARENTAL / LEGAL GUARDIAN CONSENT FOR A MINOR TO TRAVEL ABROAD

Dokument należy wypełnić czytelnie, bez skrótów. Zaleca się, aby dziecko lub opiekun posiadał oryginał. / Complete legibly and without abbreviations. The minor or accompanying adult should carry the original.

1. DANE DZIECKA / MINOR'S DETAILS

Imię (imiona) / Given name(s)	Nazwisko / Surname
Data i miejsce urodzenia / Date and place of birth	PESEL (jeżeli dotyczy) / National ID (if applicable)
Obywatelstwo / Nationality	Nr paszportu lub dowodu / Passport or ID number
Data wydania dokumentu / Date of issue	Data ważności / Expiry date

2. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH / PARENTS' / LEGAL GUARDIANS' DETAILS

Rodzic/opiekun prawny 1: imię, nazwisko, adres / Parent/legal guardian 1: full name, address	
Nr dokumentu tożsamości / ID document no.	Telefon i e-mail / Phone and email
Rodzic/opiekun prawny 2: imię, nazwisko, adres / Parent/legal guardian 2: full name, address	
Nr dokumentu tożsamości / ID document no.	Telefon i e-mail / Phone and email

3. OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ / ACCOMPANYING ADULT

Imię i nazwisko oraz relacja z dzieckiem / Full name and relationship to the minor	
Data urodzenia / Date of birth	Obywatelstwo / Nationality
Nr paszportu lub dowodu / Passport or ID no.	Telefon i e-mail / Phone and email

4. PODRÓŻ / TRAVEL DETAILS

Kraj/kraje docelowe / Destination country/countries	Miejsca pobytu / Places of stay
Data wyjazdu / Departure date	Data powrotu / Return date
Środek transportu, przewoźnik, nr rejsu/lotu (opcjonalnie) / Transport, carrier, booking/flight no. (optional)	
Adres zakwaterowania / Accommodation address	

OŚWIADCZENIA I UPOWAŻNIENIA / DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS

5. ZGODA NA PODRÓŻ I OPIEKĘ / CONSENT TO TRAVEL AND CARE

My, niżej podpisani rodzice/opiekunowie prawni, wyrażamy zgodę na podróż wskazanego wyżej dziecka poza granice Rzeczypospolitej Polskiej, do krajów i w terminie wskazanych w niniejszym dokumencie, pod opieką wskazanej osoby dorosłej. Powierzamy tej osobie bieżącą opiekę nad dzieckiem podczas podróży i pobytu, w tym kontakt z przewoźnikami, obiektami noclegowymi, ubezpieczycielem, placówkami medycznymi, policją, służbami granicznymi i konsularnymi w sprawach dotyczących dziecka.

We, the undersigned parents/legal guardians, consent to the above-named minor travelling outside the Republic of Poland to the countries and during the dates specified herein, accompanied by the adult identified above. We entrust that adult with the minor's day-to-day care during the journey and stay, including communication with carriers, accommodation providers, insurers, medical facilities, police, border and consular authorities concerning the minor.

6. NAGŁA POMOC MEDYCZNA / EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE

Upoważniamy osobę sprawującą opiekę do niezwłocznego organizowania koniecznej pomocy medycznej, przekazywania personelowi medycznemu posiadanych informacji o zdrowiu dziecka oraz kontaktowania się z nami i ubezpieczycielem. Jeżeli uzyskanie naszej decyzji w odpowiednim czasie nie będzie możliwe, wyrażamy zgodę na udzielenie dziecku pomocy medycznej niezbędnej dla ochrony jego życia lub zdrowia, w tym badania, diagnostykę, podanie leków, hospitalizację, znieczulenie, zabieg lub operację - w zakresie uznanym za konieczny przez uprawniony personel medyczny i dopuszczalnym według prawa miejsca udzielania świadczenia.

We authorise the accompanying adult to promptly arrange necessary medical assistance, provide healthcare professionals with available information about the minor's health, and contact us and the insurer. If our decision cannot be obtained in due time, we consent to medical assistance necessary to protect the minor's life or health, including examination, diagnostics, medication, hospitalisation, anaesthesia, procedures or surgery - to the extent considered necessary by authorised healthcare professionals and permitted under the law of the place where care is provided.

7. INFORMACJE MEDYCZNE I UBEZPIECZENIE / MEDICAL AND INSURANCE INFORMATION

Alergie, choroby przewlekłe, leki, szczególne potrzeby / Allergies, chronic conditions, medication, special needs

Ubezpieczyciel i nr polisy / Insurer and policy no.

Telefon alarmowy ubezpieczyciela / Insurer emergency no.

EKUZ/EHIC nr (jeśli dotyczy) / EHIC no. (if applicable)

Grupa krwi (jeśli potwierdzona) / Blood type (if verified)

Dodatkowa osoba do kontaktu / Additional emergency contact: imię, relacja, telefon

8. PODPISY / SIGNATURES

Oświadczamy, że podane informacje są prawdziwe, posiadamy władzę rodzicielską lub status opiekuna prawnego oraz możemy udzielić powyższej zgody. / We declare that the information provided is true, that we hold parental responsibility or legal guardianship, and that we are authorised to give this consent.

Miejscowość / Place

Data / Date

Podpis rodzica/opiekuna prawnego 1
Signature of parent/legal guardian 1

Podpis rodzica/opiekuna prawnego 2
Signature of parent/legal guardian 2

Opcjonalne poświadczenie podpisów / Optional certification of signatures

Miejsce na klauzulę, pieczęć i podpis notariusza lub właściwego organu / Space for the certification, stamp and signature of a notary or competent authority

WAŻNE / IMPORTANT

Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy i nie zastępuje porady prawnej ani wymogów państwa docelowego, przewoźnika lub placówki medycznej. Upoważnienie nie przenosi władzy rodzicielskiej i może podlegać ograniczeniom prawa miejscowego. Przed podróżą należy sprawdzić wymagania kraju docelowego i tranzytowego; w razie potrzeby uzyskać notarialne poświadczenie podpisów oraz tłumaczenie uwierzytelnione. / This is a supporting form and does not replace legal advice or the requirements of the destination country, carrier or healthcare provider. It does not transfer parental responsibility and may be limited by local law. Check destination and transit-country requirements before travel; obtain certified signatures and a sworn/certified translation where required.