

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК PAL ВАНКУВЕРА

Бланки должны быть заполнены и проверены, прежде чем ученик может участвовать в программах PAL

ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		<input type="checkbox"/> Новая регистрация	<input type="checkbox"/> Обновление
Имя: _____		Пол: _____	Возраст: _____
Дата рождения: ___ / ___ / ___	Школа: _____		Класс: _____
Этническая принадлежность (отметьте всё относящееся) <u>азиат</u> <u>афро-американец</u> <u>американский индеец</u> <u>белый испанского происхождения</u> <u>житель Тихоокеанских островов</u> другие: _____			
Вы подходите под программу бесплатного/льготного питания? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Ребенок живет только с одним из родителей? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Разрешаете ли Вы публиковать фотографии и видео вашего ребенка в PAL, включая наш веб-сайт? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
Домашний адрес: _____			
Город: _____		Штат: _____	Почтовый индекс: _____
Домашний телефон: _____		Электронная почта: _____	
Имя родителя/опекуна: _____		Рабочий телефон: _____	Мобильный телефон: _____
Имя родителя/опекуна: _____		Рабочий телефон: _____	Мобильный телефон: _____
Перечислите, пожалуйста, два дополнительных человека, с которыми мы можем связаться в случае чрезвычайной ситуации и которым разрешено забрать детей, если необходимо			
Контактное лицо: _____		Телефон: _____	
Контактное лицо: _____		Телефон: _____	
МЕДИЦИНСКОЕ ОСВОБОЖДЕНИЕ И СОГЛАСИЕ ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ			
Я, _____, родитель/законный опекун _____ настоящим добровольно уполномочиваю сотрудников или добровольцев Ванкувер PAL оказать первую помощь и, в случае чрезвычайной ситуации, потребовать и предоставить неотложную медицинскую помощь за мой счет, от медицинского провайдера доступного в любой ситуации, если служащие или агенты PAL определяют что такой уход необходим.			
Проблемы со здоровьем? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Если да, то какие: _____	
Медицинское страхование? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Застрахованный родитель/опекун: _____	
Медицинская страховая компания: _____		Страховой полис/Группа #: _____	
РАЗРЕШЕНИЕ НА УЧАСТИЕ			
Я заявляю, что я добровольно разрешаю моему ребенку участвовать в этой программе и признаю, что существуют определенный риск и опасность в участии в такой деятельности. Я понимаю, что Ванкувер PAL не может гарантировать безопасность моего ребенка. Я готов взять на себя риск в случае травмы или повреждения имущества моего ребенка для того, чтобы позволить ему принять участие в этой программе. Принимая во внимание, что Ванкувер PAL разрешает моему ребенку участвовать в этой программе я настоящим соглашаюсь освободить, оградить и защитить город Ванкувер, Ванкувер PAL и их должностных лиц, администраторов, работников, тренеров, добровольцев и агентов от всех претензий за ущерб или травмы, полученные моим ребенком, во время участия в программе. Я также понимаю, что если мой ребенок действует ненадлежащим образом, я, родитель/опекун буду оповещен и обязан забрать моего ребенка с данного мероприятия. Я понимаю, что привилегии моего ребенка могут быть отменены из-за неправильного поведения.			
Я ПРОЧЕЛ И Я СОГЛАСЕН СО ВСЕМИ УСЛОВИЯМИ НАСТОЯЩЕГО СОГЛАШЕНИЯ. Я ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧЕЛ ЭТО СОГЛАШЕНИЕ ПЕРЕД ЕГО ПОДПИСАНИЕМ.			
Подпись родителя/опекуна _____		Дата _____	
OFFICE USE ONLY		ENROLLMENT TYPE <input type="checkbox"/> PROSPERE <input type="checkbox"/> SPORTS <input type="checkbox"/> SUMMER <input type="checkbox"/> EXPLORER <input type="checkbox"/> PAL PATROL <input type="checkbox"/> SMALL GROUP	