

رحلة ميدانية / نشاط مدرسي

موافقة الوالد أو الوصي والإقرار بالمخاطر

أكمل المعلم هذا القسم للحصول على معلومات الوالدين. يطلب من أولياء الأمور قراءة المعلومات الواردة أدناه والموافقة عليها.

A. حدد إما (i) أو (ii)

(i) سيتم منح الطالب الفرصة للمشاركة في البرنامج أو النشاط التالي
(أو كما هو مرفق) (يرجى تحديد البرنامج):

نعم ، هذه منشأة مدينة ريد دير.

(a) الموقع:

(b) تاريخ:

(c) المشرف المسؤول:

(ii) سيتم منح الطالب الفرصة للمشاركة في سلسلة الأنشطة المرفقة خارج الموقع ، كجزء من

من البرنامج _____.

أنشطة الموقع:

* انظر القائمة المرفقة للأنشطة والتاريخ والموقع والمشرف المسؤول.

B. ستبذل مدارس ريد دير العامة كل جهد معقول للتأكد مما يلي:

- المشرفون والموظفون في أي من مقدمي الخدمة (مثل سائقي الحافلات وموظفي المكان) مدربون ومؤهلون بشكل كامل .
- سيتم الإشراف على الطلاب الذين يقومون بالبرنامج أو الأنشطة بشكل كاف .
- الموقع و / أو المرافق تلبية معايير الصحة والسلامة المعمول بها.
- تم فحص أي معدات يوفرها مزود الخدمة أو تستخدم في النشاط وتعتبر مناسبة وأمنة ومصانة جيدا.
- الموقع الذي سيتم فيه النشاط مناسب وآمن.
- اتخذ مقدم الخدمة جميع الخطوات المعقولة لضمان سلامة أي (تاناويد) مشارك في النشاط .

ي: أي امرى لعرصتقت لا يهف يلاتابو ، أتمتحملا رطاخملا بةأماشه أماناق ، ل اودحلا ن م لاد ي أب تاسيد اهنكلو ، ج مانربلا / طاشنلا اذهب طبرتت دق ي تلا أتمتحملا رطاخملا لمشت
(ألفنم أقرؤ أفاضل ي جري ، أفاضل أحاسم ل ا أجاد كانه تناك اذا)

- النقل بالرحلات الميدانية

سيتم توفير وسائل النقل التالية:

لقب الطالب: الاسم _____ الأول للطالب: _____

د. الموافقة على النقل الميداني (يرجى التحقق من واحد) نعم أوافق على وسيلة النقل هذه لهذا

النشاط أو

لا أسمح لطفلي باستخدام وسائل نقل بديلة ، كما حددت:

ه. الموافقة على المشاركة في رحلة ميدانية

1. أنا مقتنع بأنه تم إبلاغي بحقي في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات حول هذا البرنامج أو النشاط الذي أشعر أنه ضروري ، بما في ذلك المعلومات التي تتجاوز تلك المعلومات المقدمة لي من قبل المدرسة أو المجلس إلى الحد الذي أطلبه ولا أعتد بأي شكل من الأشكال فقط على المعلومات المقدمة من مدارس ريد دير العامة فيما يتعلق بطبيعة ومدى المخاطر والمخاطر المرتبطة بالبرنامج أو النشاط.
2. أتحمّل بحرية وطواعية المخاطر والمخاطر الكامنة في طبيعة البرنامج أو النشاط وأفهم وأقر للمدرسة ومدينة ريد دير بأن طفلي ، كمشارك ، قد يعاني من إصابة شخصية وربما خطيرة بسبب حدث غير متوقع.
3. تم إبلاغ طفلي بأنه يجب عليه الالتزام بالقواعد واللوائح بما في ذلك التوجيهات والتعليمات من مديري المدرسة والمدرّبين والمشرفين على النحو المفروض على الطلاب أثناء المشاركة في البرنامج أو الأنشطة. ويشمل ذلك مشاركته في جلسات التخطيط والمعلومات وتلبية جميع المتطلبات الأساسية قبل مشاركته في النشاط أو البرنامج.
4. في حالة عدم التزام طفلي بالقواعد واللوائح المفروضة على الطالب أثناء مشاركته في البرنامج أو الأنشطة ، فقد يتطلب الإجراء التأديبي إما عدم مشاركته في البرنامج أو النشاط ، أو أنه سيتم الاتصال بي لاصطحابه.
5. أقر بأنه من مسؤوليتي إبلاغ مجلس الإدارة بأي مخاوف طبية أو صحية لطفلي قد تؤثر على مشاركته في البرنامج أو النشاط المذكور.
6. أوافق على أنه يجوز لمجلس الإدارة ، من خلال الموظفين والوكلاء والمسؤولين في المدرسة ، تأمين المشورة والخدمات الطبية التي قد يراها هؤلاء الأفراد ، وفقا لتقديرهم الخاص ، ضرورية لصحة طفلي وسلامته ، وأنني سأكون مسؤولا ماليا عن هذه المشورة والخدمات.
7. أفهم أن مجلس الأمناء سيراقب مستوى المخاطر وقيم احتمالية المسؤولية المرتبطة بهذه الرحلات الميدانية ويحتفظ بالحق في إلغاء الرحلة في أي وقت. في حالة إلغاء رحلة ميدانية ، لن يقدم مجلس المدرسة تعويضا أو تعويضا لأولياء الأمور أو الطلاب أو الموظفين عن أي تكاليف مرتبطة بالرحلة الميدانية.
8. بناء على فهمي وإقراري وموافقتي كما هو موضح هنا ، أوافق على أن طفلي لديه إذن مني للمشاركة في هذا البرنامج أو النشاط.

التاريخ: _____ اسم الوالدين: _____ اسم الطالب: _____

التوقيع: _____ التوقيع: التاريخ: _____

(يجب على الطالب التوقيع إذا كان في المدرسة
الثانوية فقط)

المعلومات الصحية (سيحصل المشرف المسؤول على هذه المعلومات أثناء النشاط / الأنشطة خارج الموقع لتلبية الاحتياجات الصحية والطبية بما في ذلك حالات الطوارئ) يرجى إكمال ما إذا كانت المعلومات الطبية الحالية قد تغيرت منذ التسجيل في المدرسة.

أبتر رقم الصحة _____ تاريخ الميلاد: _____

الحساسية _____

الحالات الطبية: _____

الأدوية التي يتم تناولها (الاسم، السبب، الجرعة) _____

قيود العلاج الطبي (إن وجدت) : مثل عمليات نقل الدم: _____

القيود الغذائية (إن وجدت): _____

مخاوف أخرى: _____

جهة (عناوين) الاتصال في حالات الطوارئ: _____

1) الاسم _____ الهاتف: (W) (H) _____ (C) _____

2) الاسم _____ الهاتف: (W) (H) _____ (C) _____