

منطقة بيركلي التعليمية الموحدة

مشاركة متطوع من المنطقة التعليمية في نشاط رحلة ميدانية
تحمل مسؤولية المخاطرة و
تفويض بالعلاج الطبي

الاسم: _____

الوجهة/ طبيعة النشاط: _____

(يرجى التحديد، على سبيل المثال: حضور حفل موسيقي في جامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس (UCLA).)

الغرض من حضورك: _____

(الإشراف، وما إلى ذلك)

تاريخ

تاريخ

المغادرة: _____

الوقت: _____

العودة: _____

الوقت: _____

وسيلة النقل:

حافلة/سيارة المدرسة

سيراً على الأقدام

غير ذلك: _____

وفقاً لنص قانون التعليم لولاية كاليفورنيا (California Education Code) القسم 35330، فأنا أوافق على تبرئة ذمة منطقة بيركلي التعليمية الموحدة (Berkeley Unified School) ("المنطقة التعليمية")، ومسؤوليها وموظفيها ووكلائها من أي مساءلة أو دعاوى تنشأ بسبب مشاركتي في هذا النشاط أو تكون ذات صلة بها. ولكن هذا الإعفاء من المسؤولية لن يطبق في حالة وقوع أي إصابات أو أضرار ناتجة بشكل كلي عن إهمال موظفي أو وكلاء المنطقة التعليمية.

في حالة حدوث أي مرض أو إصابة، أوافق بموجب هذا على أية أشعة سينية وفحوصات وتحدير وتشخيص طبي و/أو للأسنان و/أو جراحي ونقل طارئ ورعاية بالمستشفى يقدمها طبيب مرخص و/أو جراح وفقاً للضرورة من أجل سلامتي وعافيتي. ومن المفهوم أن النفقات الناتجة عن ذلك ستكون مسؤولية المشارك.

التوقيع

التاريخ

العمل () _____

المنزل () _____

الرقم

العنوان:
الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

شركة التأمين الصحي: _____

رقم البوليصة: _____

(على سبيل المثال:
Kaiser)

في حالة المرض أو وقوع حادث، يُرجى إبلاغ:

الاسم: _____

الصلة: _____

العنوان: _____

الشارع

الرقم

هاتف العمل () _____

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

هاتف المنزل () _____

في حالة وجود أية تعليمات طبية خاصة، يُرجى إرفاق توضيح لذلك بهذه الصحيفة.

