**منطقة بيركلي التعليمية الموحدة**
**مشاركة الطالب في رحلة ميدانية طوعية برعاية المنطقة التعليمية**
**إذن الوالدين، وتحمل مسؤولية المخاطرة، و**
**تفويض بالعلاج الطبي**

التاريخ _____

اسم الطالب: _____ لديه الإذن بالمشاركة في الرحلة الميدانية التالية:

الوجهة/ طبيعة النشاط_____
(يرجى التحديد، على سبيل المثال: حفل موسيقي في جامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس (UCLA).)

التعليمات الخاصة:_____
(مثال، إحضار وجبة غداء مغلفة.)

تاريخ المغادرة: _____ الوقت: _____ التاريخ: _____ وقت العودة:_____

الشخص المسؤول: _____ المنصب: _____ المدرسة: _____

نوع وسيلة النقل: ☐ حافلة/سيارة المنطقة التعليمية ☐ سيرًا على الأقدام ☐ غير ذلك:_____

الحاجات الصحية أو الخاصة: ضع علامة وفقًا للمناسب.

| | |
|---|---|
| | ليس لطالبي أية حاجات صحية خاصة ينبغي على العاملين أن يكونوا على دراية بها ولا يلزم وجود دواء في الرحلة. |
| | طفلي الطالب من ذوي الاحتياجات الخاصة وتم إرفاق تعليمات. عدد الصفحات المرفقة: |
| | غير ذلك: |

في حالة المرض أو الإصابة أوافق بموجب هذا على أية أشعة سينية وتخدير وتشخيص أو علاج طبي أو جراحي أو خاص بالأسنان ورعاية بالمستشفى والنقل الطارئ وفقًا للضرورة في رأي الطبيب المقيم أو الجراح أو طبيب الأسنان ويتم تحت إشراف أحد أفراد الطاقم الطبي للمستشفى أو المنشأة التي تقدم خدمات طبية أو خدمات طب الأسنان.

أفهم تمامًا أن المشاركين عليهم الالتزام بجميع القواعد واللوائح الحاكمة للسلوك أثناء الرحلة.

وفقًا لنص قانون التعليم لولاية كاليفورنيا (California Education Code) القسم 35330، فأنا أوافق على التنازل عن جميع الدعاوى ضد منطقة بيركلي التعليمية الموحدة ( Berkeley Unified School) (المنطقة التعليمية)، وأبرئ ذمة المنطقة التعليمية ومسؤوليها ووكلائها وموظفيها من أي مساءلة أو دعاوى قد تنشأ بسبب مشاركة طفلي في هذا النشاط أو تكون ذات صلة بها. لن يُطبق هذا الإعفاء من المسؤولية في حالة أية وقائع ناتجة بشكل كلي عن إهمال المنطقة التعليمية أو موظفيها أو وكلائها.

_____ _____ هاتف العمل ( )_____
التوقيع (الوالد(ة)/ الوصي) (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)

هاتف المنزل ( )_____

_____ _____
تاريخ ميلاد الطالب توقيع الطالب

شركة التأمين
الطبي المقدم للعائلات:_____ رقم البوليصة:_____
(على سبيل المثال: Blue Cross، HealthNet، Kaiser)

---

في حالة حدوث حالة طوارئ، يرجى التواصل مع:

_____ _____ العمل ( ) _____
(الاسم) (الصلة)

المنزل ( ) _____