

مدارس منطقة إدموندز
موافقة الآباء/ أولياء الأمور على رحلة ميدانية

اسم الطالب _____ المدرسة _____ التاريخ _____

معلومات عامة

ال _____ تخطط لرحلة إلى _____
الغاية من الرحلة _____
مكان الرحلة _____ رقم الهاتف (_____)
العنوان _____ مكان الإنطلاق _____ نحن
سوف نغادر من _____ في الساعة _____ AM PM في
(تاريخ) _____ . سنعود إلى المدرسة في (يوم) _____ (تاريخ) _____
في الساعة _____ AM PM مرفق خط سير الرحلة مرفق قائمة في البنود اللازمة

نوع واسطة النقل

عربة الحي _____ وسيلة نقل تجارية _____ باص الحي _____ غير ذلك (اشرح) _____

معلومات صحية

يجب معرفة المشاكل الصحية الحالية ويجب الاشارة إليها وأخذ الإحتياطات المناسبة (رجاءً دون الحالات مثل رد الفعل غير العادي إذا لسعك نحل, و أي تحسسات شديدة أخرى, مرض السكري , نوبات , إلخ .):
إذا كان تلميذك يحتاج لأدوية خلال الرحلة, يجب تقديم صلاحية استخدام الدواء حديثة التاريخ موقعة من الطبيب التابع لمزود العناية . وهذه متوفرة في المكتب الرئيسي للمدرسة أو على الموقع الإلكتروني للحي .
شركة التأمين الصحية ؟ نعم لا اسم الشركة المزودة للعناية _____
إذا كان نعم, يرجى تضمين التأمين للأسنان ؟ نعم لا
ينصح بالحصول على تأمين على الحوادث للتلميذ, طلبات ذو كلفة قليلة متوفرة في مكاتب المدرسة.
إسم مزود العناية الصحية المفضل أو العيادة المفضلة: _____
اسم دكتور الأسنان المفضل أو العيادة السنوية المفضلة: _____
الهاتف (_____)
الهاتف (_____)

هذا النشاط يزود بالخبرة التعليمية للطلاب و تمكنهم بفرصة تطبيق هذه الخبرة في صفوفهم التعليمية .

إذا كان لديك اسئلة في ما يتعلق حول هذا النشاط, رجاءً اتصل ب: _____

تقرير طبي

في حال حدوث أي حادث أو مرض, أنا أتفهم أن إدارة المدرسة سوف تقدم جهود مقبولة من أجل الاتصال بالآباء /أولياء الأمور مباشرةً .
ولكن, في حال عدم تواجدهم, أنا أعطي الصلاحية لمدرسة الحي من أجل تأمين طوارئ العناية الطبية عند الحاجة .

بالرغم أنني أفهمت أن إدارة المدرسة سوف تقدم جهود مقبولة من أجل الاتصال بالآباء / أولياء الأمور لتزويد بيئة آمنة, أنا على معرفة تامة بالمخاطر والمجازفات التي تنتج عن المشاركة في هذا النشاط متضمناً الضرر الجسدي أو الموت. كوني على معرفة بشكل تام بهذه المخاطر والمجازفات

أنا أعطي موافقتي وتوقيعي على ذلك (التلميذ) _____ للمشاركة في هذا النشاط.

الأب / الأولياء _____ الاسم _____ اليوم _____ الهاتف (_____)

عنوان المنزل _____ الهاتف المسائي (_____)

اسم الشخص للتواصل في حال الطوارئ _____ هاتف الطوارئ (_____)

توقيع الآباء / الأولياء _____ التاريخ _____

توقيع الآباء / الأولياء يعكس معرفتهم واطلاعهم وموافقتهم على النشاط المذكور أعلاه .

هذه الاستمارة يجب إعادتها للمدرسة قبل مشاركة التلميذ في هذا النشاط .