

ASB

Школы средних классов
Регистрационный бланк участника спортивных секций

- Cascade Covington Frontier Pacific Shahala Wy'east
- Организация собраний для поднятия духа (Rally) (7/8) Волейбол (7/8) Ам. футбол (7/8) Кубок знаний(6/7/8)
- Баскетбол (жен.) (7/8) Борьба (wrestling) (6/7/8) Танцы (Dance) (6/7/8) Кросс (жен.) (Cross Country)(6/7/8)
- Баскетбол (муж.) (7/8) Легкая атлетика (Track)(6/7/8) Внутришкольные соревн. (Intramurals) (6)_____

Имя, фамилия ученика _____ Дата рожд.: _____ Класс _____ Пол: М Ж

Имя, фамилия родителя/опекуна _____ Дом. _____ Раб. _____
тел. _____ тел. _____

Дом. адрес _____ Сот. телефон _____

Эл. адрес (имейл) _____ Какая больница предпочтительнее _____

Доп. контакт. лицо в случае необходимости _____ Тел. _____

Необходимы ли Вашему ребенку какие-либо специальные условия в связи с ограниченной дееспособностью? Да Нет
Если да, то, пожалуйста, свяжитесь с Брусом Нэшифом, координатором программы 504, по тел. 604-4078.

РАЗРЕШЕНИЕ НА СЛУЧАЙ НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Будучи родителем/опекуном данного ученика, я разрешаю медицинскому работнику команды или квалифицированному врачу осмотреть выше упомянутого ученика в случае получения травмы, а также оказать необходимую медицинскую помощь и назначить любую консультацию специалиста, включая хирурга, необходимую по мнению мед. работника для обеспечения соответствующей помощи при травме. Будут сделаны все возможные попытки связаться с родителем/опекуном и объяснить вид травмы, прежде чем оказывать какое-либо специфическое лечение.

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА УЧАСТИЕ И ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ

Имя, фамилия врача _____ Телеф. _____

Название страховой компании _____ Номер полиса _____

Мой сын/моя дочь имеют страховку, указанную выше, и данная страховка будет оставаться в силе на протяжении всего спортивного сезона. Таким образом, я не желаю регистрировать моего ребенка, _____, для Школьного страхового плана получения помощи при несчастных случаях (Accident Coverage Plan).

Я принимаю на себя всю ответственность за стоимость лечения в случае травмы, полученной моим ребенком во время участия в данной программе. Я ознакомился со всеми правилами и процедурами безопасности тех спортивных секций, в которых будет участвовать мой ребенок, и понял их. Я согласен, что ни школьный округ, ни его сотрудники, ни какие-либо другие участники не будут нести ответственности за несчастные случаи/ травмы, полученные в результате регулярно запланированных тренировок и/или соревнований. Я также беру на себя ответственность за оплату любых и всех счетов, предъявленных мне за предоставление медицинских услуг, необходимых в результате участия в спортивных секциях. Учитывая тот факт, что Общественные школы Эвергрин дают мне разрешение на участие моего ребенка в спортивных секциях, предлагаемых школами средних классов округа Эвергрин, и участие во всех командных мероприятиях, включая (но не ограничиваясь) отборочные соревнования, тренировки и игру/участие в данном виде спорта, данным соглашением я принимаю на себя все риски, связанные с участием в спортивных секциях, и освобождаю Общественные школы Эвергрин, всех их сотрудников, агентов, представителей, тренеров и волонтеров от любой ответственности и всех и любых исков, оснований исков, оплаты счетов, правопритязаний или каких-либо требований, которые могут появиться в связи с опасностью участия в спорт. секциях. Отсюда данные условия соглашения служат отказом от всех настоящих и будущих притязаний моих наследников, исполнителей завещания, администратора наследства, правопреемников и всех членов моей семьи, а также притязаний в отношении собственности.

Я ознакомился с требованиями и нормативами в Справочнике для участников спортивных и других школьных мероприятий, расположенном на веб-странице округа по эл. адресу www.evergreenps.org/SchoolInfo/Pages/Resources.aspx, и соглашаюсь со всеми правилами упомянутого документа для участия. Мой ребенок имеет мое разрешение на участие в межшкольных спортивных мероприятиях, а также может ездить на любые тренировки и соревнования в транспорте, одобренном школьным округом..

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Подпись ученика _____ Дата _____

For Office Use Only

Student # _____ ASB _____ Fines _____ Physical Expires _____ Year _____

User Fee Paid: 1 Sport \$ _____ 2 Sports \$ _____ (\$40 max.) Reduced: 1 Sport \$ _____ 2 Sports \$ _____ (\$20)