

## إذن وموافقة ولي الأمر على الرحلة الميدانية لمدة يوم واحد

توجيهات مهمة: (1) استخدام نموذج لكل رحلة. (2) إكمال الجزء الخاص بالمدرسة (النصف العلوي) في النموذج. (3) استخراج نسختين من النموذج لكل طالب، (4) إرسال نسخة إلى المنزل لتوقيعها من ولي الأمر والطالب.

تاريخ (تواريخ) الرحلة:	وقت المغادرة:	وقت العودة:
الغرض:		
تفاصيل التنقل:		
نوع الرحلة الميدانية:	حديقة حيوان / مدينة ملاهي / متنزه	متاحف / معارض
أغراض يجب على الطلاب إحضارها:	غير ذلك	
ملاحظات:		

يُستكمل بمعرفة المدرسة

اسم ولي الأمر / الوصي بخط اليد:		
هاتف العمل لولي الأمر/الوصي:	الجوال:	هاتف المنزل:
جهة الاتصال في حالة الطوارئ:	رقم الهاتف	
اسم/هاتف الطبيب:		
هاتف/اسم التأمين الصحي:	رقم وثيقة التأمين الصحي (اختياري):	
الاحتياجات الصحية الحرجة/الحساسية/الظروف الصحية للطالب:		

موافقة الطالب  
أثناء مشاركتي في هذه الرحلة الميدانية، سأتحمل مسؤولية التحلي بحسن السلوك والمظهر، وسأتبع التوجيهات في جميع الأوقات.

اسم الطالب (بخط اليد)	توقيع الطالب	التاريخ
<p><b>موافقة ولي الأمر/إخلاء المسؤولية/التصريح الطبي</b></p> <p>إنني/ إننا أُمَنَح بموجب هذه الوثيقة الإذن لإبني/ إبنتي بمرافقة موظفي Liberty Public School District، بصفتهم مرافقين، في الأيام المذكورة أعلاه.</p> <p>أدرك أنني أوافق وأوافق على تنازل وإبراء ذمة كاملين وتأمين من أي وجميع المسؤوليات التي تحممني وورثتي وأصحاب الحقوق (بما في ذلك أي قاصر وقعت نيابة عنه) والوكلاء والممثلين، من أي استرداد من Liberty Public School District (حيث يتم تعريف مصطلح "المنطقة" (district) ليشمل المنطقة ككيان اعتباري، وأعضاء مجلس إدارة التعليم، والإداريين، والوكلاء، والممثلين، والموظفين، والمدرسين، والمتقاعدين، والطلاب والموظفين - بصفتهم الشخصية أو الرسمية) بسبب الإصابة، بما في ذلك الوفاة أو الخسارة أو الضرر الذي يلحق بأي شخص أو أي شيء، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، أنا والطالب وأو أي طرف ثالث، والتي تنشأ بأي شكل من الأشكال عن مشاركة الطالب في هذه الرحلة/النشاط.</p> <p>في حالة تسبب ابني في أي ضرر في الممتلكات أو إصابة شخصية، سواء بمفرده أو بالمشاركة مع أشخاص أو كيانات أخرى، أوافق/نوافق على تعويض مجلس إدارة Liberty Public School ووكلائه وموظفيه وعدم تحميلهم مسؤولية ذلك.</p> <p>قرأت/قرأنا جميع المعلومات المتعلقة بهذه الرحلة. أنا على دراية بالإرشادات الخاصة بالرحلة المذكورة وعدد المرافقين الذين سيرافقون ابني.</p> <p>أمنح/نمنح بموجب هذا الإذن للطبيب المعالج و/أو مقدمي الرعاية الطبية الآخرين، لتقديم أي علاج طارئ أو رعاية طبية أو جراحية لابني/ابنتي، والتي قد تعتبر ضرورية لصحة ومصحة الابن(ة) المذكور(ة). أيضاً، عند الضرورة لتقديم تلك الرعاية، أُمَنَح الإذن بالدخول إلى المستشفى و/أو خدمات النقل الطبي.</p> <p>أقر/ نقر ونؤكد أن المشارك ليس لديه قيود تمنعه من المشاركة في النشاط وأنه لم يتم إخطارنا أو إبلاغنا من قبل أي شخص بخلاف ذلك.</p> <p>أوافق/نوافق أيضاً على إبلاغ مسؤول (مسؤولي) المدرسة المناسبين إذا تغيرت الحالة الصحية لطفلي بأي شكل من الأشكال وفي أي وقت بما يؤثر على مشاركته/مشاركتها في النشاط المذكور هنا.</p>		
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	رقم جهاز النداء/ الجوال
رقم هاتف الطوارئ		
اسم ولي الأمر/الوصي (بخط اليد)	اسم ولي الأمر/الوصي (توقيع)	التاريخ
عنوان المنزل/ المدينة / الرمز البريدي		
الاسم	الهاتف	العلاقة

في حالة عدم التمكن من الوصول إلى ولي الأمر/الوصي، يرجى إبلاغ: