



اسم شاگرد _____ مکتب _____ تاریخ _____

معلومات عمومی

در حال برنامه ریزی برای سفر به _____ ه دف سفر _____
شماره تلفن _____ مقصد سفر _____ آدرس محل اقامت ما _____
از ساعت _____ صبح ☐ بعد از ظهر در تاریخ _____ حرکت خواهیم کرد. ما در تاریخ _____
به مکتب باز خواهیم گشت. ساعت _____ صبح ☐ بعد از ظهر ☐ برنامه سفر ضمیمه شده است
☐ لیست موارد مورد نیاز پیوست شده است

نوع حمل و نقل

☐ وسیله نقلیه منطقه ☐ حمل و نقل تجاری ☐ اتوبوس منطقه ☐ دیگر (توضیح دهید) _____

معلومات طبی

هر گونه نگرانی فعلی و جدید صحتی باید در ذیل ذکر شود تا اطمینان حاصل گردد که ساحه تعلیمی، اقدامات احتیاطی کافی را در طول رویداد تحت حمایت مکتب ارائه می دهد. لطفاً مشکلاتی مانند آلرژی، مرض شکر، تشنج، آسم و هر مرض دیگر را عنوان کنید.

آیا شاگرد شما به دواهای تجویز شده یا بدون نسخه مرتبط با مشکل صحتی خود ضرورت دارد؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر شاگردی به دواهای تجویز شده یا بدون نسخه ضرورت دارد، ارائه دهنده مراقبت های صحتی شما باید یک فرم HS 500 را امضاء کند تا شما آن را به ما بدهید. این فرم در دفتر اصلی مکتب یا وب سایت ساحه تعلیمی موجود است.

آیا شاگرد شما برای زدن کرم ضد آفتاب یا دافع حشرات نیاز به کمک دارد؟ ☐ بلی ☐ نخیر

بیمه طبی؟ ☐ بلی ☐ نخیر نام بیمه کننده: _____

بیمه طب دندان؟ ☐ بلی ☐ نخیر نام بیمه کننده: _____

بیمه حوادث متعلمین توصیه می شود؛ پلان های کم هزینه و درخواست نامه ها در www.myers-stevens.com موجود است

نام ارائه دهنده مراقبت های صحتی / کلینیک ترجیحی: _____ تلفون: _____

نام ارائه دهنده / معاینه خانه مورد نظر طب دندان: _____ تلفون: _____

این فعالیت یک تجربه یادگیری را برای دانش آموزان فراهم می کند و به آنها فرصتی می دهد تا از یادگیری صنف درس خود استفاده کنند. اگر در مورد این فعالیت سؤال یا نگرانی دارید، لطفاً با: _____

انتشار طبی

در صورت بروز حادثه ای ابی ماری، می دامن که تلاش معقولی برای ایمنی با وال دی ن تان انجام خواهد شد. اب این حال، اگر در دسترس نباشم، به نا حیه مدرسه اجازه می دهم در صورت لزوم مراقبت های پزشکی اضطراری را تضمین کند

اگر چه می دانم که مکتب تلاش معقولی برای ایجاد یک محیط امن انجام خواهد داد، من کاملاً از آن آگاه هستم

خطرات و ویژه ذاتی شرکت در فعالیت، از جمله آسیب فیزیکی و/یا مرگ. با آگاهی کامل از خطرات،

ببینوسیلهر رضایت می دهم: (دانشجو) در فعالیت _____ شرکت کند.

نام والدین/ سرپرست _____ تلفن روز (_____) _____

آدرس خانه _____ تلفن شب (_____) _____

تماس اضطراری _____ تلفن اضطراری (_____) _____

امضای والدین/سرپرست _____ تاریخ _____

امضای والدین/ سرپرست نشان دهنده دانش و تأیید آنها از فعالیت است که در بالا توضیح داده شد. این فرم باید قبل از درگیر شدن دانش آموز در فعالیت به مکتب بازگردانده شود.