

أسم الطالب (يرجى طباعة الأسم الأول واللقب): _____ صف الطالب: _____

المدرسة: _____ السفر بواسطة: الحافلة المدرسية مركبة خاصة مشي مواصلات عامة

نوع النشاط: _____ موقع النشاط: _____

تاريخ النشاط: _____ وقت المغادرة: _____ وقت الرجوع: _____

الفتة/الإدارة/الفريق: _____ مدرس/الراعي: _____

هذه الرحلة برعاية المدرسة والنشاط سوف تكون تحت إشراف موظفي المدرسة، ومع ذلك المدرسة ومقدمي المشروع لا يمكن ان يكون مسؤولا عن أي حادث. يجب توقيع أحد الوالدين أو وصي الأمر على هذا الكشف واعادته للكفيل قبل امكان الطالب من المشاركة في هذا النشاط. الطلاب الذين لديهم هذا النموذج وموقعة من قبل الأهل في هذا التاريخ يمكنهم المشاركة في النشاط.

يجب من جميع المرافقين استكمال فحص الخلفية كما هو مطلوب من قبل سياسة مدرسة ريتنور.

تعليقات إضافية: _____

حساسية: _____

أدوية: _____

أرسال: _____ أدوية، يأخذ في _____

المدرسة، و في هذه الرحلة المدرسية بأشراف موظفو المدرسة وفقا للإرشادات الموجودة في ملف مكتب الصحة. (ممرضة المدرسة اسم/توقيع _____)

معلومات في حالة طارئة

رقم تليفون البيت: _____ رقم الموبايل: _____

رقم هاتف عمل الأم: _____ رقم هاتف عمل الأب: _____

أسم شخص في حالة طارئة: _____ رقم التليفون: _____

أسم الدكتور: _____ رقم تليفون الدكتور: _____

أسم دكتور الأسنان: _____ رقم التليفون: _____

إذن الطوارئ: في حالة طوارئ، أنا اتأذن بموجب هذت المدرسة لجعل هذه الترتيبات، حسب الاقتضاء. أنا أيضا اتأذن للمستشفى/الطبيب/طبيب الأسنان للقيام بالإجراءات اللازمة.

توقيع الأب/الأم: _____ تاريخ التوقيع: _____

(الحفاظ على الجزء السفلي)

المكان: _____

تاريخ النشاط: _____ وقت المغادرة: _____ وقت العودة: _____

المنظمة: _____ مقدمي مشروع القرار: _____

الأعضاء: _____

تعليقات إضافية: _____