



التنازل الخاص بالمشاركين في المخيم الأساسي

ملاحظة: سوف نحفظ بهذا النموذج في المخيم. يرجى الاحتفاظ بنسخة لمفاتكم. يجب تعبئة هذا التنازل من قبل جميع اليافعين والكبار الذين يشاركون في الأنشطة بالمخيم الأساسي.

اسم العائلة للمشارك: _____ الاسم الأول: _____

تاريخ المشاركة في المخيم الأساسي: _____

إطلاق المواهب:

بهذا أُمِنَح موافقتي للمخيم الأساسي ومجلس نورثرن ستار لاستخدام الصور الفوتوغرافية الملتقطة لي في المطبوعات، وفي الإنترنت، وفي أية صيغ إلكترونية أخرى لأغراض النشر في الصحف والمطبوعات. في حال استخدام صورتي، فإنني بهذا أوافق، دون أية اعتبارات أو مطالبات أخرى، على استخدام الصور الملتقطة لي لأغراض التوضيح، أو الإعلان، أو التوزيع بأية طريقة كانت. وأنا أدرك أن الصور تبقى ملكاً للمجلس وبأنه لن تكون هناك أي قيود. وبهذا أوافق على أنه لن يترتب بما يتصل بهذا الإقرار أي دفعات مالية وبأنه لن تكون هناك دفعات مالية أخرى لي تكون مطلوبة في أي وقت من الأوقات.

الموافقة الواعية واتفاقية إخلاء المسؤولية/براءة الذمة:

بهذا أفهم أن المشاركة في أنشطة المخيم الأساسي تتضمن درجات معينة من المخاطرة. لقد أخذت بعين الاعتبار بعناية المخاطرة الموجودة وأعطيت الموافقة الخاصة بي و/أو طفلي للمشاركة في هذه الأنشطة. وأفهم أيضاً إن المشاركة في هذه الأنشطة هي طوعية بصورة كلية وتتطلب من المشاركين التقيد بالقواعد والمعايير السلوكية المعمول بها. وبهذا أخلي مسؤولية وأبري ذمة المخيم الأساسي وكشافة أمريكا الذكور، والمجلس المحلي، ومنسقي الأنشطة والموظفين كافة، والمتطوعين، والأطراف ذات العلاقة أو المنظمات الأخرى التي لها علاقة بالنشاط، من أية مطالبات أو مسؤولية ناشئة عن هذه المشاركة وأوافق على تعويضهم.

أوافق على مشاركة المعلومات الواردة في هذا النموذج مع كشافة أمريكا الذكور والمتطوعين الذين يحتاجون لمعرفة الحالات الطبية التي قد تتطلب اعتباراً خاصاً لمزاولة أنشطة المخيم الأساسي على نحو آمن.

في حالة وقوع حالة طارئة تتصل بي أو بطفلي، فإنني أدرك أنه سوف يتم بذل كل الجهود للاتصال بالشخص المدرج اسمه على أنه الشخص الذي ينبغي الاتصال به في الحالات الطارئة. في حالة تعذر الاتصال بهذا الشخص، فإنه بهذا يتم منح الأذن لموفر الخدمة الطبية الذي يختاره القائد البالغ المسؤول لتوفير المعالجة الطبية المناسبة، بما في ذلك الإدخال إلى المستشفى، أو التخدير، أو الجراحة، أو حقن الأدوية لي أو لطفلي. وبهذا يُصرح لموفر الخدمة الطبية بإعلام البالغ المسؤول بنتائج الفحص الطبي، ونتائج التحاليل الطبية، والعلاج الموفر وذلك لغايات التقييم الطبي للمشارك، والمتابعة، والتواصل مع أبوي المشارك أو الوصي عليه، و/أو لتقرير إذا ما كان المشارك قادراً على الاستمرار في أنشطة البرنامج. بهذا أفهم وأوافق أن القرارات الطبية المتعلقة بالرعاية والمعالجة الطبية قد يتم تقديمها بناء على المعلومات التي تم ذكرها في النموذج الطبي المناسب الذي تم تقديمه.

لقد قرأت وفهمت جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج. إذا ما وجدت أية معلومات قدمتها/قدمناها في هذا النموذج غير صحيحة، فقد يحد هذا من فرصة المشاركة في أي فعالية أو نشاط أو ينهئها.

توقيع أحد الوالدين/الوصي: _____ التاريخ: _____

أو توقيع المشارك إذا كان أكبر من 18 عاماً من العمر

يرجى الكتابة بأحرف كبيرة

تاريخ ميلاد المشارك (اليوم/الشهر/السنة): _____

اسم من يتم الاتصال به في الحالات الطارئة: _____

الصلة بالمشارك: _____

رقم هاتف المنزل/العمل: _____