



Mẫu đơn Tham gia Chương trình Dạy kèm và Bồi dưỡng

Sau Giờ Học



Trường Trung học Phổ thông John F. Kennedy rất tự hào được hợp tác với City Year, một tổ chức phát triển thanh thiếu niên trên toàn quốc, nhằm làm phong phú thêm các trải nghiệm học tập của học sinh. Mẫu đơn này cần sự cho phép của quý vị để con quý vị có thể tham gia các chương trình sau giờ học của City Year. **Vui lòng nộp lại mẫu đơn này cho City Year ở Phòng 310.**

Chương trình dạy kèm hoạt động từ Thứ Hai đến Thứ Năm hàng tuần, 2:50-4:00. .

Để biết thêm thông tin về City Year, vui lòng liên lạc: Hailey Mawhinney tại hmawhinney@cityyear.org hoặc truy cập trang web toàn quốc của chúng tôi tại www.cityyear.org.

THÔNG TIN VỀ HỌC SINH

Họ: _____ Tên: _____
 Ngày sinh: _____
 Địa chỉ: _____
 Thành phố, Tiểu bang, Số Zip _____
 Số điện thoại Nhà #: (____) _____ Email: _____
 _____ Cấp lớp: _____

THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ

Họ tên của Phụ huynh/Người giám hộ 1:

Địa chỉ: _____ Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip: _____
 Số Điện thoại Di động/Buổi ngày: (____) _____ Số Điện thoại Liên lạc Buổi tối #: (____) _____ Email: _____

Họ tên của Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

Địa chỉ (nếu khác với địa chỉ ở trên): _____ Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip: _____
 Số Điện thoại Di động/Buổi ngày: (____) _____ Số Điện thoại Liên lạc Buổi tối #: (____) _____ Email: _____

Những ngôn ngữ nào được nói tại nhà?

THÔNG TIN Y TẾ VÀ TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Người liên lạc khác trong Trường hợp Khẩn cấp (ngoài cha mẹ hoặc người giám hộ)

Họ tên: _____ Mối liên hệ: _____ Số Điện thoại Di động/Buổi ngày: (____)
 Họ tên: _____ Mối liên hệ: _____ Số Điện thoại Di động/Buổi ngày: (____)

Các quan ngại về Y tế: Vui lòng mô tả bất cứ điều kiện thể chất/y tế nào của con quý vị mà nhân viên City Year nên biết.

Các bệnh dị ứng: _____ Hạn chế về Ăn uống:
 Thuốc: _____ Hạn chế về hoạt động:

Các chứng bệnh mãn tính:
 Ghi chú thêm:

Bác sĩ Chính/Bác sĩ Nhi: _____ Số Điện Thoại: (____)

GIẤY ĐỒNG Ý CỦA PHỤ HUYNH

Cho Phép Tham Gia

CHO PHÉP THAM GIA, MIỄN TRỪ TRÁCH NHIỆM VÀ CHO PHÉP CHĂM SÓC Y TẾ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Tôi, _____, là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của _____, một trẻ vị thành niên, sau đây đồng ý cho cháu tham gia vào các chương trình, sự kiện và dự án tự nguyện, do City Year tài trợ và/hoặc tổ chức. Tôi hiểu rằng cháu chịu trách nhiệm về hành vi của chính mình và chỉ sẽ thực hiện công việc tình nguyện hoặc tham gia vào các hoạt động mà cháu cảm thấy thoải mái. Sau khi đọc giấy miễn trừ trách nhiệm này và biết các thông tin thực tế này và cân nhắc việc chấp nhận sự tham gia của trẻ vị thành niên có tên nêu trên vào các dự án, sự kiện và chương trình do City Year tổ chức và/hoặc tài trợ, tôi sau đây miễn cho City Year, các nhà tài trợ, nhân viên và tất cả những người trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến chương trình của bất kỳ dự án nào mà con tôi thực hiện, khỏi bất kỳ và mọi khiếu nại mà có thể phát sinh do bất kỳ chi phí nào, thương tích cá nhân, mất mát hoặc hư hại xảy ra đối với con tôi trong quá trình cháu tham gia vào chương trình tình nguyện của City Year. Tôi hiểu rằng nhân viên chương trình được huấn luyện về sơ cứu và tôi cho phép họ giúp sơ cứu cho con tôi khi nhân viên thấy thích hợp. Tôi hiểu rằng mọi nỗ lực sẽ được thực hiện để liên lạc với tôi trong trường hợp khẩn cấp cần chăm sóc y tế cho con tôi. Tuy nhiên, nếu không liên lạc được với tôi trong trường hợp tai nạn hoặc đau ốm, tôi cho phép và cho các nhân viên City Year quyền được thực hiện điều trị y tế khẩn cấp cần thiết cho con tôi. Trong trường hợp không liên lạc được với tôi, tôi cũng ủy quyền và cho phép thực hiện bất kỳ việc khám bệnh, hoặc giải phẫu y khoa, nha khoa và phẫu thuật và điều trị của các phương pháp chăm sóc liên quan khác, kể cả việc tiến hành cho dùng thuốc, xét nghiệm, xử lý thương tích, gây mê và/hoặc truyền máu cho trẻ vị thành niên có tên ghi trên, do bác sĩ và/hoặc nha sĩ đang trực tại trung tâm y tế đó chỉ định nếu thấy cần thiết cho việc điều trị cấp cứu. Tôi sau đây đồng ý cho phép tiết lộ các báo cáo y khoa cho bất kỳ bác sỹ hoặc cơ quan nào và đồng ý cho trẻ vị thành niên có tên nêu trên được nhập viện.

Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ

Ngày

CHO PHÉP CHỤP ẢNH VÀ SỬ DỤNG HÌNH ẢNH VÀ TRÍCH DẪN

CHO PHÉP KHẮC HỌA HÌNH ẢNH NGƯỜI THAM GIA TRONG CÁC ÁN BẢN

Để quảng bá cho dịch vụ cộng đồng và quốc gia, City Year cần sử dụng hình ảnh và các câu trích dẫn từ người tham gia. Do đó, sau đây tôi ủy quyền và cho phép City Year sử dụng hình ảnh, phim, hình ảnh kỹ thuật số, video, các câu nói và viết của người tham gia có tên ghi trên hoặc sự xuất hiện của họ cho mục đích quảng bá, hoặc cho mục đích sử dụng khác của City Year, liên quan đến dự án, sự kiện, chương trình hoặc mục đích khác. Tôi xác nhận là tôi sẽ không nhận thù lao cho việc sử dụng các tài liệu hình ảnh đó, và tôi miễn đòi bất kỳ hoặc tất cả các khoản thù lao như vậy.

Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ

Ngày

PHƯƠNG TIỆN CHUYÊN CHỞ TỪ CHƯƠNG TRÌNH SAU GIỜ HỌC

Do Trường Trung học Phổ thông John F. Kennedy **không cung cấp phương tiện chuyên chở về nhà từ các hoạt động sau giờ học** và City Year không chịu trách nhiệm đưa học sinh về nhà từ các chương trình sau giờ học, chúng tôi yêu cầu phụ huynh/người giám hộ chọn (các) hình thức để chuyên chở học sinh về nhà sau chương trình của City Year. **Vui lòng lưu ý rằng cả Trường Trung học Phổ thông John F. Kennedy và City Year đều không chịu trách nhiệm đối với những học sinh nào ở lại trong/gần khuôn viên trường sau chương trình của City Year.**

Con tôi sẽ (vui lòng nêu tất cả các lựa chọn thích hợp cho con quý vị):

- Được đón trở nhất vào 4:00 chiều
- Đi bộ/đạp xe về nhà
- Đi xe buýt RTD
- Khác _____

