

للعاملين فقط

بطاقة الهوية#

تاريخ التسجيل:

YOUTH

نموذج التسجيل


**PHILADELPHIA  
PARKS &  
RECREATION**

## معلومات تسجيل البرنامج

اسم المنشأة	اسم البرنامج	الموسم
-------------	--------------	--------

## معلومات الشباب المشارك

الاسم الأول والاسم الأخير		تاريخ الميلاد	العمر
عنوان الإقامة		المدينة	الدولة
اللغة الأساسية المتحدث بها في المنزل		الجنس	
الهاتف المنزلي		الهاتف الخليوي	البريد الإلكتروني
اسم المدرسة			
الدرجة (اختر المناسب)			
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> الأول	<input type="checkbox"/> الثاني	<input type="checkbox"/> الثالث
<input type="checkbox"/> الرابع	<input type="checkbox"/> الخامس	<input type="checkbox"/> السادس	<input type="checkbox"/> السابع
<input type="checkbox"/> الثامن	<input type="checkbox"/> التاسع	<input type="checkbox"/> العاشر	<input type="checkbox"/> الحادي عشر
<input type="checkbox"/> الثاني عشر	<input type="checkbox"/> آخري		
مقاس القميص (اختر المناسب)			
<input type="checkbox"/> صغير لطفل	<input type="checkbox"/> متوسط لطفل	<input type="checkbox"/> كبير لطفل	<input type="checkbox"/> صغير لبالغ
<input type="checkbox"/> متوسط لبالغ	<input type="checkbox"/> كبير لبالغ	<input type="checkbox"/> آخري	

## معلومات الاتصال بالوالد والوصي ومعلومات الاتصال في حالات الطوارئ

اختر كل ما ينطبق			جهة اتصال رقم 1	
موثوق به للاستلام	جهة الاتصال في حالة الطوارئ	مقدم الرعاية	صلة القرابة	الاسم الأول والاسم الأخير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
اختر كل ما ينطبق			جهة اتصال رقم 2	
موثوق به للاستلام	جهة الاتصال في حالة الطوارئ	مقدم الرعاية	صلة القرابة	الاسم الأول والاسم الأخير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
اختر كل ما ينطبق			جهة اتصال رقم 3	
موثوق به للاستلام	جهة الاتصال في حالة الطوارئ	مقدم الرعاية	صلة القرابة	الاسم الأول والاسم الأخير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
اختر كل ما ينطبق			جهة اتصال رقم 4	
موثوق به للاستلام	جهة الاتصال في حالة الطوارئ	مقدم الرعاية	صلة القرابة	الاسم الأول والاسم الأخير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني

## YOUTH

### الإستثناءات



### الفصل

أقر أنا الموقع أدناه أن ترتيب أمور الانتقال إلى المنزل مسؤوليتي ومسؤولية طفلي.

توقيع الوالد أو الوصي القانوني	صلة القرابة	التاريخ
--------------------------------	-------------	---------

### الإعفاء وتحمل المسؤولية

بالتوقيع أدناه، أمتح بموجب هذا الإذن لطفلي/الصبي تحت الوصاية لحضور البرنامج والمشاركة في أي أنشطته وجميعها، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الرحلات الميدانية ("البرنامج") فهم أيضاً أن أي رحلة ميدانية قد تتضمن الوقوف لفترات طويلة من الوقت والمشي وصعود السلالم وأنشطة أخرى قد تكون شاقة لبعض الأشخاص. أعفي مدينة فيلادلفيا وموظفيها ومسؤوليها وكلاءها وممثليها و/أو موظفي البرنامج (يُشار إليهم جميعاً باسم "المدينة") من جميع المسؤوليات في حالة الإصابة أو المرض الذي قد يتعرض له الطفل المذكور أعلاه، بما في ذلك تدهور أي حالة طبية موجودة مسبقة الشروط، الناتجة عن المشاركة في البرنامج. أتحمل بموجب هذا النموذج حماية المدينة وموظفيها ومسؤوليها ووكلائها و/أو ممثليها من أي مسؤولية أو ضرر أو خسارة أو مطالب تنشأ عن أو مرتبطة بأي شكل من الأشكال بمشاركة طفلي أو القاصر في البرنامج، سواء أكان ناتجاً أم لا عن الإهمال الجسيم أو سوء السلوك المتعمد من جانب المدينة أو أي من موظفيها أو مسؤوليها أو وكلائها أو ممثليها. أتحمل طواعية جميع مخاطر الخسارة والأضرار وجميع الإصابات (بما في ذلك الإصابة الشخصية والإعاقة والوفاة) التي قد أتعرض لها أنا و/أو طفلي القاصر/الصبي تحت الوصاية الذي قد أتسبب فيه أنا أو طفلي/الصبي القاصر أثناء المشاركة في البرنامج....

توقيع الوالد أو الوصي القانوني	صلة القرابة	التاريخ
--------------------------------	-------------	---------

### جهة الاتصال في حالة الطوارئ

في حالة تعرض طفلي القاصر لإصابة أو مرض في البرنامج يتطلب عناية طبية فورية، أتفهم أنني/طفلي القاصر سننتقل على الفور إلى أقرب مستشفى حيث نتلقى العناية الطبية المطلوبة. أوافق أيضاً على عدم تحميل أي موظف أو مسؤول أو وكيل أو ممثل عن المدينة المسؤولية عن الإصابات أو الأضرار الناشئة عن تقديم أي من العلاج الطبي الطارئ..

توقيع الوالد أو الوصي القانوني	صلة القرابة	التاريخ
--------------------------------	-------------	---------

### الإصدار الإعلامي

أفوض، بدون تعويض، المدينة في استخدام صورة طفلي القاصر/الصبي تحت الوصاية و/أو التسجيلات الصوتية المتعلقة بفترة مشاركتي في البرنامج والتي تحدث أثناء فترة مشاركتي في البرنامج. يتضمن هذا التفويض إذنًا لإعادة إنتاج الصور المرئية أو التسجيلات الصوتية الخاصة بي أو نشرها أو بثها أو عرضها، باسمي أو بدوني، وبدون أي شكل من أشكال التعويض عن استخدام صوري أو اسمي أو تسجيلاتي الصوتية، في جميع أنحاء العالم، بعدد غير محدود مرات إلى الأبد في أي وجميع وسائل الإعلام المعروفة الآن.

توقيع الوالد أو الوصي القانوني	درجة القرابة	التاريخ
--------------------------------	--------------	---------

### تنبيهات طاقم العمل

يرجى ذكر أي مخاوف سلوكية أو قيود غذائية أو حالات طبية أو أي معلومات مهمة أخرى يجب أن يعرفها طاقم العمل.


تتضمن مدينة فيلادلفيا أن جميع المرافق والخدمات متوفرة للاستخدام العام دون مراعاة العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو الأصل القومي أو التفضيل الجنسي أو العاطفي للحالة الاجتماعية. إذا كان أي شخص يعتقد أنه قد خضع للتمييز على أساس هذه القواعد، فيجوز له/لها تقديم شكوى تدعي التمييز سواء في حدائق فيلادلفيا والاستجمام أو المكتب من أجل تكافؤ الفرص، الولايات المتحدة. وزارة الداخلية، واشنطن العاصمة. 20240.