



限員工填寫	
ID 號碼	
報名日期	

計畫與報名資訊

機構名稱	計畫名稱	季度/年份
------	------	-------

青少年參與者資訊

名字與姓氏		出生日期	年齡
居住地址		城市	州
家中使用的主要語言		性別	
家中電話	手機	電子郵件	
學校名稱			
年級 (勾選一項)			
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 1 st	<input type="checkbox"/> 2 nd	<input type="checkbox"/> 3 rd
<input type="checkbox"/> 4 th	<input type="checkbox"/> 5 th	<input type="checkbox"/> 6 th	<input type="checkbox"/> 7 th
<input type="checkbox"/> 8 th	<input type="checkbox"/> 9 th	<input type="checkbox"/> 10 th	<input type="checkbox"/> 11 th
<input type="checkbox"/> 12 th			
上衣尺寸 (勾選一項)			
<input type="checkbox"/> 兒童小號	<input type="checkbox"/> 兒童中號	<input type="checkbox"/> 兒童大號	<input type="checkbox"/> 成人小號
<input type="checkbox"/> 成人中號	<input type="checkbox"/> 成人大號	<input type="checkbox"/> 成人特大號	<input type="checkbox"/> 其他

父母、監護人與緊急聯絡資訊

聯絡人 1		請勾選所有符合的項目		
名字與姓氏	關係	照顧者	緊急聯絡人	授權接送人
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聯絡人 2		照顧者	緊急聯絡人	授權接送人
名字與姓氏	關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聯絡人 3		照顧者	緊急聯絡人	授權接送人
名字與姓氏	關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聯絡人 4		照顧者	緊急聯絡人	授權接送人
名字與姓氏	關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



權責豁免

本人於下方簽名，代表確認我與我的子女將負責返家時的交通安排。

父母或法定監護人簽名	關係	日期

風險免責與承擔

本人於下方簽名，表示自己允許本人子女/受監護人參加此項計畫，以及參與所有活動中的任意環節，活動內容包括但不限於校外教學（以下稱此「計畫」）。本人亦瞭解，凡是校外教學活動，皆有可能包括長時間站立、步行、攀爬階梯及某些人可能感到吃力的其他活動。若上述兒童由於參加此計畫導致受傷或生病，包括導致原有的健康狀況惡化，本人據此免除費城市、其員工、官員、代理人、代表及/或計畫人員（統稱「本市」）的一切法律責任。本人據此亦保障本市、其員工、官員、代理人及/或代表，免於本人子女或受監護人參與此計畫所引起或涉及的任何一切責任、損害、損失、主張或要求之求償，無論該情形是否因本市或其員工、官員、代理人或代表的重大疏失或刻意違犯所致。參與此計畫期間，本人及/或本人未成年子女/受監護人所遭受或可能造成的一切損失、損害及所有人身傷害（包括個人受傷、殘疾及死亡）之所有風險，由本人自發承擔。

父母或法定監護人簽名	關係	日期

緊急狀況條文

若本人未成年子女於此計畫期間，因受傷或生病需要立即就醫，本人瞭解本人/本人未成年子女會立刻被送往就近醫院，以便提供所需醫護。本人進而同意，提供任何此類緊急醫療準備，若造成任何受傷或損害，本市員工、官員、代理人或代表 概不擔負法律責任。

父母或法定監護人簽名	關係	日期

媒體關係

本人授權本市，本人或本人未成年子女/受監護人參與此計畫期間，若有與計畫相關或於此期間產生的肖像及/或錄音，本市可無償使用。此項授權包含允許重製、公佈、廣播或展示本人的視覺肖像或錄音，無論其中是否附有本人姓名，且不會因為使用本人肖像、姓名或錄音，需要提供任何形式之報酬，範圍遍及全世界，涵蓋目前已知或此後發明之一切媒體，使用期限為永久 且次數不限。

父母或法定監護人簽名	關係	日期

員工注意事項

請列出一切行為疑慮、膳食限制、健康狀況，或任何其他重要資訊，以供我們的員工知曉。如您有意取得公共運輸補貼，亦請註明。
