



僅限工作人員	
編號	
註冊日期	

計劃與註冊資訊

設施名稱	計劃名稱	時期/年份
------	------	-------

參與者資訊

姓名		出生日期	年齡	
住址		城市	州	郵遞區號
在家期間使用的主要語言			性別	
種族 (請勾選一項) <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔美國人或拉丁裔美國人 <input type="checkbox"/> 中東人或北非人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島原住民 <input type="checkbox"/> 白人				
住宅電話	手機	電子郵件箱		
學校名稱				
年級 (請勾選一項) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 1年級 <input type="checkbox"/> 2年級 <input type="checkbox"/> 3年級 <input type="checkbox"/> 4年級 <input type="checkbox"/> 5年級 <input type="checkbox"/> 6年級 <input type="checkbox"/> 7年級 <input type="checkbox"/> 8年級 <input type="checkbox"/> 9年級 <input type="checkbox"/> 10年級 <input type="checkbox"/> 11年級 <input type="checkbox"/> 12年級				
恤衫尺寸 (請勾選一項) <input type="checkbox"/> 童裝小碼 <input type="checkbox"/> 童裝中碼 <input type="checkbox"/> 童裝大碼 <input type="checkbox"/> 成人裝小碼 <input type="checkbox"/> 成人裝中碼 <input type="checkbox"/> 成人裝大碼 <input type="checkbox"/> 成人裝加大碼 <input type="checkbox"/> 其他：				

家長、監護人與緊急聯絡人資訊

聯絡人 1

姓名	關係	看護人員	緊急聯絡人	已獲得接領授權
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

聯絡人 2

姓名	關係	看護人員	緊急聯絡人	已獲得接領授權
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

聯絡人 3

姓名	關係	看護人員	緊急聯絡人	已獲得接領授權
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

聯絡人 4

姓名	關係	看護人員	緊急聯絡人	已獲得接領授權
電子郵件地址	電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



解散

在下方簽名，即代表我確認由我及小孩自行負責安排回家的交通方式。

家長或法定監護人簽名	關係	日期
------------	----	----

風險解除與承擔

在下方簽名，即代表我在此授權小孩/受監護人參與計劃並參加計劃的任何及所有活動，包括但不限於實地視察（以下簡稱為「本計劃」）。此外，我亦理解任何實地視察均有可能涉及以下情形：長時間站立、步行、爬階梯，以及其他對於部分人而言可能費力的活動。對於上述小孩因參與本計劃而可能出現的任何損傷或疾病（包括任何既往病症加重的情形），我在此免除費城市政府及其員工、官員、代理人、代表及/或計劃人員（以下統稱為「市政府」）之任何相關責任。我在此做出以下聲明：對於因小孩或受監護人參與本計劃而導致或者與此等情形相關之任何責任、損害、損失、索賠或要求（無論此等情形是否因市政府或者對應員工、官員、代理人或代表之重大疏忽或故意瀆職而導致），市政府及其員工、官員、代理人及/或代表均免於承擔相關責任。對於在參與本計劃期間我自己及/或未成年子女/受監護人可能遭受之或者可能引發之任何損失、損害及受傷（包括人身傷害、殘障以及死亡），我自願承擔所有相關風險。

家長或法定監護人簽名	關係	日期
------------	----	----

緊急情況條款

如果我的未成年子女在參與本計劃期間出現受傷或病症而需要立即就醫，我瞭解：我/未成年子女會被立即送往最近的醫院，以便接受所需醫療救助。另外，我對以下事項表示同意：對於因提供此等緊急醫療服務而導致之任何受傷或損害情形，市政府的員工、官員、代理人或代表概不負責。

家長或法定監護人簽名	關係	日期
------------	----	----

媒體發佈

我在此授權：對於在我參與本計劃期間生成或者與此等行為相關之我本人或者未成年子女/受監護人的影像及/或錄音，市政府可無償使用。此授權包括：可永久地在全球範圍內、以任何及所有已知或日後發明之媒體形式，複製、宣傳、傳播或展示我的視覺影像或錄音（不限次數；無論是否附上我的姓名），而且無需就使用我的影像、姓名或錄音而提供任何形式的補償。

家長或法定監護人簽名	關係	日期
------------	----	----

工作人員須知

如有任何行為問題、飲食限制、醫療狀況或者其他需要讓工作人員知悉的重要資訊，請列出。此外，請標明您是否有興趣獲得公共交通服務方面的財政援助。

--

費城市政府保證所有設施與服務均向公眾開放，而不受以下因素的影響：種族、膚色、宗教、血統、性別、年齡、殘障、國籍、性取向或情感取向或者婚姻狀況。如有任何人認為自己因上述原因而遭受歧視，可向「PHILADELPHIA PARKS & RECREATION」（費城公園與娛樂設施部門）或者美國內政部「OFFICE FOR EQUAL OPPORTUNITY」（平等機會事務處）（華盛頓特區 20240）提出歧視投訴。