

Sigma Gamma Rho Sorority, Inc.  
2019 Молодежный Симпозиум



### Регистрационная Форма

Имя, фамилия ученика: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Возраст:

Пол: Мужской Женский  
(Обведите нужное)

Класс:

Школа: \_\_\_\_\_

Как вы узнали об этом Молодежном Симпозиуме? \_\_\_\_\_

Имя, фамилия родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Номер телефона родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Номер телефона для срочного контакта: \_\_\_\_\_

### Договор о снятии ответственности с организаторов за жизнь и здоровье участников мероприятия

Я, (имя, фамилия родителя/опекуна) \_\_\_\_\_, от себя лично и от имени моих наследников, правопреемников и всех других лиц или организаций, действующих от моего имени или от имени моих представителей, даю согласие не предъявлять претензии и не возбуждать иск об ответственности ассоциации Sigma Gamma Rho Sorority, Inc., ее должностных лиц, директоров, членов, сотрудников, компаний, агентов и представителей, несущих ответственность за участие моего ребенка в Молодежном Симпозиуме 2019, проводимом Sigma Gamma Rho Sorority, Inc. Я также отказываюсь от права подачи исков и претензий к вышеупомянутым сторонам за любые травмы или понесенные потери, связанные с участием моего ребенка в этом мероприятии. Кроме того, я предоставляю безотзывную и неограниченную лицензию Sigma Gamma Rho Sorority, Inc., позволяющую ей использовать имя, голос, портрет, изображения, фотографии и / или видео, запечатлевшие моего ребенка, как самостоятельно, так и в сопровождении другого материала, на любых носителях и форматах, известных на данный момент или возможных в будущем, для любых целей, связанных с развитием и поощрением роста и миссии Sigma Gamma Rho Sorority, Inc. Настоящим я отказываюсь от всех своих прав на проверку и утверждение готового продукта и материалов и их использование, а также от права на визуальные, письменные или звуковые копии, использованные в связи с этим.

Подпись родителя/опекуна

Дата

## **Соглашение об оказании неотложной медицинской помощи**

В случае, когда после принятия всех возможных попыток связаться со мной по указанному телефону или с указанными мною лицами, достичь контакта не удалось, тогда я даю свое согласие и разрешаю оказать необходимую медицинскую помощь и требуемое лечение вышенназванному несовершеннолетнему ребенку и даю право взрослому работнику, на кого возложена забота о моем ребенке, принимать решения об оказании медицинской помощи, включая проведение рентгенологического обследования, анестезии, медицинской, хирургической и стоматологической диагностики и лечения. Сюда включается госпитализация для оказания необходимой помощи несовершеннолетнему под общим или специализированным надзором врача, дантиста или медработника госпиталя, имеющих лицензию в соответствии с требованиями Закона о медицинской практике, независимо от того, предоставляется ли такой диагноз или лечение в офисе указанного врача или в госпитале.

**Пожалуйста, перечислите все виды, имеющейся аллергии или имеющихся болезней:**

---

**Пожалуйста, укажите все лекарства, которые принимает ваш ребенок, как выписанные врачом, так и приобретенные в свободной продаже.**

---

**Пожалуйста, принесите ОБЕ страницы этой формы в день мероприятия**

**ИЛИ**

**Отправьте заполненную форму по почте:  
Eta Alpha Sigma Chapter, P.O.Box 294072, Sacramento, CA 95829  
(Последний срок отправления 4 марта 2019 г.)**

**ИЛИ**

**Перешлите по электронной почте отсканированную форму с подписью по адресу: [etaalphasigmasgrhos@gmail.com](mailto:etaalphasigmasgrhos@gmail.com)**