

Đơn ghi danh và chấp thuận của Phụ Huynh cho 2019

Ngày và giờ của chương trình 7:30 am – 6:00 pm (Thứ Hai – Thứ Sáu) Lệ phí: Xin xem tờ giá biểu

Xin điền **đơn đầy đủ** và **viết rõ ràng**. Những thông tin này sẽ được bảo mật và chỉ dùng vào mục đích xác nhận hay liên lạc

Tên học sinh: _____ Họ: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ số vùng: _____

Điện thoại nhà #: (____) _____ Ngày Sinh ____/____/____ Nam Nữ

Tên Mẹ: _____ Tên Cha : _____

Điện Thoại nơi làm việc của Mẹ: _____ Điện thoại nơi làm việc của Cha: _____

Cell phone của Mẹ: _____ Cell phone của Cha: _____

Người Liên lạc khi khẩn cấp (Ngoài cha mẹ): _____ Điện thoại: (____) _____

Người Liên lạc khi khẩn cấp (Người thân): _____ Điện thoại : (____) _____

Cấp lớp niên học: 2018-2019: _____

ABRAZAR Office Only – Do Not Fill In

STAFF INITIALS: _____ ADMIN. INITIALS _____ DATE INFORMATION IS ENTERED IN SYSTEM _____

COMMENTS _____

Dân tộc / Sắc tộc

Thông tin này chỉ sử dụng cho mục đích kiểm soát của chính phủ và đồng thời thi hành luật đối xử công bằng. Xin lưu ý rằng tự xác định Chúng Tộc là tự nguyện

- Caucasian American Indian Hispanic
 African American Pacific Islander or Samoan Asian Other: _____

Ngôn ngữ chính dùng ở nhà (đánh dấu vào một ngôn ngữ):

- English Spanish Vietnamese Other _____

Mức thu nhập của gia đình (đánh dấu vào một ô):

- \$0.00 - \$9,999.99
 \$10,000.00 - \$19,999.99
 \$20,000.00 - \$29,999.99
 \$40,000.00 - \$49,999.99
 More than \$50,000.00
 Other

Học trò đang sống với (đánh dấu vào ô thích hợp):

- Mẹ Mẹ kế Ông Bà
 Cha Cha dượng _____
 Người khác _____

Số người trong gia đình của quý vị (Cha Mẹ, anh chị em): _____

Con tôi được ăn trưa miễn phí / giảm giá của trường học có không

TÊN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN ĐÓN CON EM CỦA QUÝ VỊ TỪ ĐỊA ĐIỂM CỦA CHƯƠNG TRÌNH VÀ TỪ ĐỊA ĐIỂM CỦA CÁC CUỘC DU NGOAN PHẬN NÀY PHẢI ĐƯỢC ĐIỀN VÀO ĐẦY ĐỦ

Tên	Liên Hệ	Điện Thoại

Không ai được đón con em của quý vị nếu không có tên trong mẫu cho phép này. Người được cho phép đón con em của quý vị phải có ID để chứng minh

Chấp thuận của Phụ Huynh / Giám Hộ

Hiểu rõ và đồng ý: Dùng cho cả nội bộ và bên ngoài. Tôi Ý thức rằng ABRAZAR, BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER, và MIDWAY CITY COMMUNITY CENTER có thể sử dụng các hình ảnh hoặc videos của con em chúng tôi trên báo chí, truyền thanh, truyền hình, tạp chí, Internet và các phương tiện truyền thông khác trong thời gian tham gia vào chương trình sinh hoạt mùa Hè của ABRAZAR và BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER . Tôi đồng ý cho Abrazar sử dụng như đã nêu trên và không đòi hỏi bất cứ bồi thường nào.

_____ có _____ không
Xin ký tắt

Miễn Trách và buộc tội: Trong khi cho con tôi tham gia vào các sinh hoạt, chương trình ngăn ngừa (Những thảo luận dạy cho thiếu niên các mối nguy hiểm của ma túy, rượu, kỹ năng trong đời sống/ phương hướng chọn lựa và áp lực không tốt từ bạn bè), những chương trình đặc biệt, nhân danh cá nhân tôi, con tôi và bất cứ người thừa kế nào, tôi miễn, không buộc tội, và đồng những ý bảo vệ, cũng như không gây thiệt hại nào cho ABRAZAR, BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER và MIDWAY CITY COMMUNITY CENTER, những người bảo trợ, nhân viên, ban giám đốc điều hành, tài xế lái xe, ,cũng như bất cứ những người liên đới nào khác, và hoàn toàn không thừa kiện, đòi bồi thường về thương tích, tử vong, hư hại, và các nhu cầu phát sinh hoặc liên quan đến những buổi hội họp, du ngoạn, sinh hoạt, chương trình giảng dạy, và tài sản của ABRAZAR . Tôi xác nhận là tôi hoàn toàn hiểu rõ về những rủi ro liên quan đến những hội họp, sinh hoạt, chương trình giảng dạy và tài sản, và tôi hiểu rõ là tôi sẽ thay mặt con tôi, đồng ý trả tiền cho mọi phí tổn về thuốc men hoặc trường hợp khẩn cấp. Tôi biết rõ hơn nữa là con tôi có đầy đủ sức khỏe để tham gia chương trình hay những sinh hoạt khác của ABRAZAR, BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER và MIDWAY CITY COMMUNITY CENTER.

Cho phép trong trường hợp khẩn cấp: Tôi, ký tên dưới đây, là phụ huynh/giám hộ của con tôi , Cho phép ban nhân viên của ABRAZAR và BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER, những người bảo trợ, và những tài xế lái xe như là người đại diện cho tôi đồng ý cho con tôi được khám nghiệm hoặc chữa trị về y tế, giải phẫu, và nha khoa. Trong trường hợp khẩn cấp , tôi cho phép con tôi được chăm sóc hoặc điều trị tại bất cứ bệnh viện nào hoặc bởi bất cứ chuyên viên y tế nào có giấy phép hành nghề.

Ghi chú: chữ ký dưới đây xác nhận là quý vị đã đọc và đồng ý với quy tắc và điều kiện của ABRAZAR và BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER như đã nêu trên

Ngày _____ Chữ Ký phụ huynh / Giám Hộ _____ Tên họ _____

Tên bác sĩ gia đình: _____ Điện thoại Bác Sĩ _____

Tên Bảo hiểm y tế : _____ số hợp đồng bảo hiểm : _____

Thuốc men con em đang sử dụng: _____

Bệnh trạng nếu có (Chẳng hạn như . Dị ứng, Hen suyễn, Động kinh, v.v.) _____

GHI CHÚ: NÊU RÕ TẤT CẢ BINH TRẠNG

Sự thỏa thuận của người tham gia: Tôi muốn tham gia vào chương trình mùa Hè và các sinh hoạt của ABRAZAR, BOYS & GIRLS CLUB OF WESTMINSTER., và đồng ý luôn luôn tuân theo các luật lệ và quy định của chương trình

Chữ ký của học sinh _____

Ngày _____

GIỜ THAM GIA ĐƯA ĐẾN	THỨ HAI	THỨ BA	THỨ TƯ	THỨ NĂM	THỨ SÁU
ĐÓN VỀ					

Tên Hội Viên: _____

LIÊN LẠC CHÍNH

Liên Hệ Với Hội Viên: _____ Phụ
Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____
Điện Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Email : _____
Ngày Sinh: _____
Nghề Nghiệp : _____
Địa Chỉ Nhà: _____
Thành Phố _____ Zip: _____
Sở Làm: _____ địa
Chỉ : _____
Thành Phố: _____ Zip _____

LIÊN LẠC CHÍNH

Liên Hệ Với Hội Viên: _____
Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____
Điện Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Email : _____
Ngày Sinh: _____
Nghề Nghiệp : _____ địa
Chỉ Nhà: _____
Thành Phố: _____ Zip: _____
Sở Làm: _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Zip: _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Liên Hệ Với Hội Viên: _____
Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____ điện
Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Địa Chỉ Nhà : _____
Thành Phố: _____ Zip _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Liên Hệ Với Hội Viên: _____
Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____
Điện Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Địa Chỉ Nhà : _____
Thành Phố: _____ Zip _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Liên Hệ Với Hội Viên: _____
Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____ điện
Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Địa Chỉ Nhà : _____
Thành Phố: _____ Zip _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Liên Hệ Với Hội Viên: _____
Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Liên Lạc Khẩn Cấp _____
Người được phép nói hội viên: _____
Tên: _____
Điện Thoại: _____ Nhà: _____
Cell: _____ Sở Làm: _____
Địa Chỉ Nhà : _____
Thành Phố: _____ Zip _____