

الاتحاد الرياضي للمدارس العامة

استمارة موافقة الوالد على المشاركة في الأنشطة الرياضية المدرسية

اسم التلميذ(ة): _____ تاريخ الميلاد: _____
المدرسة الثانوية: _____ الفصل الرسمي: _____
الرياضة: _____ رقم هوية التلميذ (OSIS): _____

1. أقر أنا، والد(ة)/ولي(ة) أمر التلميذ(ة) المذكور(ة) أعلاه، بأنني أوافق على التصريح لطفلي المسمى أعلاه بتجربة الفرق الرياضية المشار إليها، والمشاركة في جميع أنشطة الفريق حسب توجيهات المدرسة/المدرّب(ة). أدرك أن مشاركة طفلي في هذه الأنشطة هي تطوعية بالكامل. ولكنني، إذا وافقت على مشاركته، أفهم أن طفلي سيطلب بحضور مسابقات وتدريبات دورية في جميع أنحاء مدينة نيويورك.
الأحرف الأولى من الاسم _____
2. أدرك أن طفلي سوف يستوفي جميع المتطلبات المشاركة والتمرين الخاصة بالاتحاد الرياضي للمدارس العامة (PSAL).
الأحرف الأولى من الاسم _____
3. أدرك أن طفلي مسؤول عن سلوكه في كل الأوقات، وأوافق على أن لا أحمل المدرسة أو أياً من العاملين بها مسؤولية أي نفاقات أو أضرار ناتجة عن سلوك طفلي. وأفهم أيضاً أن أي خرق لقواعد الانضباط بالمدرسة قد ينتج عنه الإقصاء من الفريق.
الأحرف الأولى من الاسم _____
4. أفهم أنه من الضروري لطفلي أن يحصل على شهادة طبية معتمدة تحفظ في سجل المدرسة للمشاركة في المسابقات المدرسية، قبل تجربة أوة المشاركة في أو المنافسة في الأنشطة الرياضية المدرسية. أوافق على إشعار المدرسة بأي تغيير قد يحدث في حالة طفلي الطبية أو البدنية أو يكتشف في أي وقت بعد تاريخ توقيع هذه الوثيقة. الأحرف الأولى من الاسم _____
5. أفهم أن المشاركة في الأنشطة الرياضية بصاحبها مخاطر الإصابة، وخاصة في الرياضات التي بها احتكاك جسدي. مثل هذه الإصابات قد تتضمن على سبيل المثال وليس الحصر، الارتجاج في المخ، وإصابات العظام، والرقبة، والعمود الفقري، أو الأعضاء الداخلية. أفهم المخاطر المتضمنة في ممارسة الرياضة وأعرب عن موافقتي على قبول جميع المخاطر المصاحبة للرياضة التي أختار طفلي ممارستها.
الأحرف الأولى من الاسم _____
6. لقد تسلمت وقرأت "صحيفة المعلومات حول الارتجاج في المخ". أوافق على قراءة صحيفة المعلومات بامعان، وأن أبلغ المدرسة إذا حدثت أية تغييرات في الأوضاع الطبية لطفلي. الأحرف الأولى من الاسم _____
7. أوافق على أنه في حالة الإصابة أو المرض، فإنه يمكن لعضو طاقم العاملين المسؤول عن الفريق التصرف نيابة عني وعلى نفقتي الخاصة للحصول على العلاج الطبي اللازم لطفلي. الأحرف الأولى من الاسم _____
8. وأوافق على أن أكون مسؤولاً عن إعادة جميع المعدات المقدمة من المدرسة إلى طفلي. الأحرف الأولى من الاسم _____
9. أنا أفهم وأعطي طفلي الأذن بالتنقل بمفرده في المواصلات العامة أو مصحوباً برفاق في حافلة معتمدة من إدارة التعليم، من وإلى مكان التمرينات والمسابقات. الأحرف الأولى من الاسم _____
10. أوافق على التصريح بتصوير طفلي فوتوغرافياً وإعطاء معلومات حول أداءه في أنشطة الاتحاد الرياضي للمدارس العامة (PSAL)، مع اسم طفلي واسم مدرسته، ومستوى صفه الدراسي، ونشر هذه المعلومات على الموقع الإلكتروني www.PSAL.org بما يتفق مع السياسات الموضوعية بواسطة إدارة التعليم لاستخدام شبكة الإنترنت. الأحرف الأولى من الاسم _____
11. أنا على علم بأن المعلومات المنشورة على الإنترنت أو المسجلة أو المنشورة لن تشمل معلومات حول السجل الأكاديمي لطفلي، أو حول شؤون التوجيه الخاصة به، أو حول سجله الدائم أو التراكمي (مثل سجلات الدرجات والحضور). كما أدرك أن المعلومات التي ستُنشر لا تحتوي على معلومات أخرى كاشفة عن الهوية الشخصية مثل العنوان أو رقم الهاتف أو رقم الضمان الاجتماعي لابني/ابنتي. الأحرف الأولى من الاسم _____
12. أوافق على منح الموافقة بإجراء مقابلات مع طفلي، وتصويره بالفيديو، و/ أو تصويره فوتوغرافياً بواسطة وسائل الإعلام أثناء مشاركتها في تغطية الأحداث الرياضية التابعة للاتحاد الرياضي للمدارس العامة (PSAL). كما أنني أخلي بموجبه ذمة إدارة التعليم لمدينة نيويورك ووكلائها وموظفيها من جميع الادعاءات والمطالبات والمسؤوليات أياً كانت فيما يتعلق بما ذكره أعلاه. الأحرف الأولى من الاسم _____
13. أقر بإخلائي مسؤولية كل من إدارة التعليم لمدينة نيويورك، وبلدية مدينة نيويورك، والاتحاد الرياضي للمدارس العامة بمدينة نيويورك، وموظفيهم من جميع الادعاءات أو المطالبات أو أسباب المطالبة القضائية، والتي تتعلق بأي حال من الأحوال بمشاركة طفلي في الأنشطة، إلا من تلك الادعاءات المتعلقة بالإهمال الجماعي أو إساءة التصرف من قبل كل من إدارة التعليم لمدينة نيويورك، وبلدية مدينة نيويورك، والاتحاد الرياضي للمدارس العامة بمدينة نيويورك، وموظفيهم. الأحرف الأولى من الاسم _____

في حالة الطوارئ يمكن الاتصال بي على الأرقام التالية: _____ أو _____ ()

_____ / _____ / _____
التاريخ التوقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر - بخط واضح

be acceptable I have found the medical certificate submitted by student and parent to.

_____ / _____ / _____
DATE COACH SIGNATURE/TEACHER