



健身步行挑戰活動

家長/監護人同意書

為了可以讓你的孩子參加三藩市 SHAPE UP 步行挑戰，就必須事先得到你的許可。

我，[家長/監護人姓名]_____，是[孩子的姓名]_____的家長和/或法定監護人，我同意：

[項目名稱]_____組織的一個步行小組會參加 2009 年 3 月 9 日至 2009 年 5 月 15 日的三藩市 SHAPE UP 步行挑戰，該小組的活動時間為[從時間到時間]_____。

[孩子姓名]_____已得到我的許可，可以參加三藩市 SHAPE UP 步行挑戰及相關的活動。[項目名稱]_____的工作人員在指定的上述活動時間均取得了以下有關授權。

同意在家長或監護人缺席的情況下，對[孩子姓名]_____實施任何（因病或意外事件）可能及必要的醫治。

據此，對[項目名稱]_____的工作人員免除其在健身步行挑戰項目期間所作的一切善意行為相關責任。

請將填妥並已簽名的表格在[日期]_____前交還給[項目名稱]_____。

媒體發佈（請選擇適當的方框）

你得到我的許可並可以刊登我孩子的相片於三藩市 SHAPE UP 步行挑戰所許可的媒體如網站、報紙、或電視和相冊中。

孩子姓名：_____。

你 **沒有** 得到我的許可，而且不得刊登我孩子的相片於三藩市 SHAPE UP 步行挑戰所許可的媒體如網站、報紙、或電視和相冊中。

家長或監護人簽字

日期

緊急聯絡及醫療資訊— 護理人員在進行治療前需得到家長或監護人的同意。若你的孩子在健身步行挑戰活動中受傷或生病，我們將確保提供及時的醫療措施。請在下面提供你孩子的醫療資訊並請簽名表示你是否同意我們在提供醫療照顧之前與你聯繫。每位家長或法定監護人均須簽字。

緊急資訊

參加者姓名： _____

住址： _____

健康狀況/敏感症 (請列出)： _____

藥物治療 (請列出)： _____

參加者是否有醫療保險？ 是 否

健康保險 _____ 團體 # _____ 保單 # _____

孩子的全科醫生姓名及電話號碼： _____

首選醫院 _____

如果我的孩子在參加健身步行挑戰活動期間受傷、生病或出現其他症狀，我在此同意對其實施任何所需的醫療措施。

授權簽字：

家長/監護人簽字：_____ 日期：_____

關係：_____ 住宅電話：_____

工作電話和分機：_____ 尋呼機/手機：_____

家長/監護人簽字：_____ 日期：_____

關係：_____ 住宅電話：_____

工作電話和分機：_____ 尋呼機/手機：_____

其他緊急聯絡人：_____

簽字：_____ 日期：_____ 關係：_____

住宅電話：_____ 工作電話及分機：_____ 尋呼機/手機：_____

請在提供醫療照顧之前與我電話聯繫。