**کمپ فوتبال جوانان مهاجر** L.A.C.E.S.

**فورم ثبت نام برای بهار سال ۲۰۱۶**

**(لطفاً یکجا با پرداخت ۱۰ دالر فیس ثبت نام به** L.A.C.E.S **فورم هذا را خانه پوری نمایید)**

|  |
| --- |
| معلومات در مورد اشتراک کننده کمپ |
| جنسیت:❑ مرد ❑ زن | تاریخ تولد: (ماه/روز/سال) | اسم بازی کن: |
| نام مکتب:  | درجه: | اندازه پیراهن (حلقوی): XS S M L XL |
| شهر: | شماره اپارتمان: | نشانی کوچه: |
| شماره تلیفون همراه: | شماره تلیفون خانه: | زیپ کود:  | ایالت: |
| شماره تلیفون همراه: | شماره تلیفون خانه: | اسم پدر/مادر یا سرپرست: |
| شهر: | شماره اپارتمان: | نشانی کوچه: |
| دیگر: | پوست الیکترونیکی (ایمیل): | زیپ کود:  | ایالت: |
| شماره تلیفون خانه: | شماره تلیفون همراه: | اسم شخص ارتباطی در حالت اضطرار: |
| شهر: | شماره اپارتمان: | نشانی کوچه: |
| دیگر: | پوست الیکترونیکی (ایمیل): | زیپ کود:  | ایالت: |
| معلومت در مورد پرداخت: **فیس ثبت نام ۱۰ دالر بوده و غیر قابل پس پرداخت میباشد. برای هر طفل اضافی ۵ دالر د یگر اضافه میگردد. لطفا نحوه پرداخت فیس را انتخاب نمایید. پرداخت فیس همراه با عریضه لازمی میباشد.** |
| ❑ پول نقد (توسط شخص پول نقد پرداخت میگردد) | ❑ چک بانک (چک برای L.A.C.E.S**)**  |
| اگر شما میخواهید از کدام اشترا کننده حمایت مالی نمایید، لطفاً در فورم ثبت نام پول اضافی را نشانی نمایید. |
| ❑ ۱۰ دالر – ۱ طفل ❑ ۲۰ دالر – ۲ طفل ❑ ۳۰ دالر – ۳ طفل ❑ ۴۰ دالر – ۴ طفل |
| من منحیث پدر/مادر یا سرپرست قانونی (اسم اشتراک کننده یا بازی کن) این حقیقت را میدانم که از لحاظ فزیکی فوتبال یک فعالیت سنگین بوده و امکان دارد سبب جراحت نیز گردد. من کارمندان L.A.C.E.S را صلاحیت میدهم که در حالت اضطرار که نیازمند توجه طبی باشد طبق قضاوت احسن ایشان برای من اقدام نمایند. من با تصویر برداری از سهم و فعالیتهای اشتراک کننده در کمپ بهاری فوتبال جوانان مهاجر و فعالیتهای مربوطه ان که توسط L.A.C.E.S راه اندازی میگردد، موافق میباشم. تصاویر میتواند برای تشهیر و اگاهی عامه در مورد برنامه نشر و مور استفاده قرار گیرد. من میدانم که ۱۰ دالر فیس ثبت نام قابل پس پرداخت نمی باشد و صرف ۵ روز اشترک بازی کن را تظمین مینمایند.  |
| ارتباط با بازی کن:❑ پدر ❑ مادر❑ سرپرست قانونی  | تاریخ: | اسم پدر/مادر یا سرپرست:امضا: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ |

اگر سوال دارید لطفاً با ***کریستی سواریز*** رئیس اوپراسیون L.A.C.E.S از طریق پوست الیکترونیکی ksuarez@laces.org یا شماره تلیفونی 585-260-1470 تماس بگیرید.

فورم تداوی در حالت اضطرار

(لطفاً فورم تکمیل شده را همراه با فورم ثبت نام یکجا تحویل نمایید.)

اسم طفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تلیفون: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم پدر/مادر یا سرپرست: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تماس در حالت اضطرار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم پدر/سرپرست: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تماس در حالت اضطرار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

خویشاوند / دوست: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تماس در حالت اضطرار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

پزشک یا داکتر معالج خانواده: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تلیفون داکتر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

حساسیت ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

درمان/دارو: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

وضعیت طبی \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم دوست که میتواند طفل را با خود ببرد. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حروف نخست نام \_\_\_\_\_\_\_\_

اسم دوست که میتواند طفل را با خود ببرد. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حروف نخست نام \_\_\_\_\_\_\_\_

من بدین وسیله توافق خود را اظهار میدارم که انعده کارکنان صحی که توسط L.A.C.E.S. تعین میگردد یا بکار گماشته میشوند میتواند در صورت جراحت/مریضی طفل کمکهای لازم طبی را فراهم نمایند. این توافق شامل فراهم نمودن کومک های اولیه صحی و انتقال طفل از/به فراهم کننده گان کومکهای صحی میباشد.

امضا پدر/مادر یا سرپرست امضا پدر/مادر یا سرپرست

تاریخ

اگر سوال دارید لطفاً با ***کریستی سواریز*** رئیس اوپراسیون L.A.C.E.S از طریق پوست الیکترونیکی ksuarez@laces.org یا شماره تلیفونی 585-260-1470 تماس بگیرید.

فورم اظهار توافق درمانی

(لطفاً فورم تکمیل شده را همراه با فورم ثبت نام یکجا تحویل نمایید.)

|  |  |
| --- | --- |
| تاریخ: | اسم بازی کن: |
|  |  |
| ***اسم دارو:*** *(*داروها باید در قطی های اصلی خویش موجود باشد و برای حادثه اکتفا نمایند) |
|  |
| تاریخ تطبیق دارو  | اوقات تطبیق دارو | دوز |
|  |  |  |
| علایم که حین تطبیق دارو ظاهر میگردد و به توجه نیاز دارد، هدایات دیگر |
|  |
| شماره تلیفون: | تاریخ: | شماره پدر/مادر یا سرپرست: |
|  |  |  |

اگر سوال دارید لطفاً با ***کریستی سواریز*** رئیس اوپراسیون L.A.C.E.S از طریق پوست الیکترونیکی ksuarez@laces.org یا شماره تلیفونی 585-260-1470 تماس بگیرید.

**اظهارنامه و فورم صرف نظر**

(لطفاً فورم تکمیل شده که توسط پدر/مادر یا سرپرست طفل امضا گردیده باشد یکجا با فورم ثبت نام تحویل نمایید.)

من ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ (اسم پدر/مادر یا سرپرست) پدر/مادر یا سرپرست قانونی ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ (اسم طفل) میباشم. من اجازه میدهم که طفل من در کمپ بهاری فوتبال جوانان مهاجر و فعالیتهای مربوطه ان که توسط L.A.C.E.S. تنظیم میگردد اشتراک نماید. من و طفل من قواعد و مقررات L.A.C.E.S و ارگانهای همکارش برای کمپ بهاری فوتبال جوانان مهاجر را مراعات نموده با اند پابند میباشیم. این اظهارنامه L.A.C.E.S را قبل از قبل در رابطه به اشتراک طفل من در فعالیتهای کمپ بهاری فوتبال جوانان مهاجر از هر نوع مسؤلیت برئ الذمه میپندارد. من همچنان میدانم که در فوتبال بین بازیکنان تماس فزیکی صورت میگیرد، در بعض موارد حوادث جدی به وقوع میپیوندد، و اشتراک در چنین فعالیتهای تربیت بدنی بعض اوقات منجر به جراحتهای جدی جسمی (به شمول مرگ) و خسارات داراییها میگردد. من و طفلم از خطرات مذکور اگاه بوده و چنین خطرات را قبول میداریم، همچنان اظهار میداریم که L.A.C.E.S و کارمندان ان حین ورود خساره، درقبال من، طفلم و وارثان ما بخاطر عدم توجه و بی احتیاطی هیچ نوع مسؤلیت ندارد.

من تصدیق میدارم که عمر من ۱۸ سال یا بیشتر از ان میباشد، همچنان اظهار میدارم که طفل من از لحاظ فزیک درای صحت کامل بوده واز هیچ نوع مریضی یا مشکل صحی شناسایی شده رنج نمیبرد که مانع اشتراک ان در این سپورت گردد. من در مورد وضعیت تمام وسایل سپورتی که توسط من در اختیار طفل من قرارمیگیرد میدانم و با استفاده ان توسط طفل من موافق میباشم. همچنان موافق هستم که خودم و طفل من به شکل دوامدار از وضعیت چنین وسایل نظارت، حفظ و مراقبت خواهیم نمود حتی اگر وسایل مذکور توسط L.A.C.E.S و دیگران نیز تهیه گردیده باشند.

من متن این توافقنامه یا اظهارنامه را بطور دقیق مطالعه نموده ام و تمام مطالب ان را میدانم. من میدانم که این سند در مورد من و طفل من یک سند عدم مسؤلیت میباشد، و بین من، طفل من و L.A.C.E.S منحیث قراراد عقد گردید است،. من کاملاً به رضای خود این قرارداد را عقد و امضا مینمایم.

من L.A.C.E.S، همکارانش، حمایت کننده گان و کارمندانش را بخاطر استفاده از تصاویر طفل من بخاطر تشهیر آینده و نشر ان در ویبسایت و مطبوعات صلاحیت تفویض میدارم.

امضا پدر/مادر یا سرپرست طفل:

 ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ تاریخ: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

اسم: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ