**د L.A.C.E.S د کډوالو ځوانانو د فوټبال کمپ**

**د ۲۰۱۶ کال د اوړي د نوملیکنې فورمه**

**(مهرباني وکړئ** L.A.C.E.S **ته د نوملیکنې د ۱۰ ډالرو فیس د ورکړې سره یوځای د نوملیکنې دا فورمه ډکه کړئ.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| په کمپ کې د ګډونوال په اړه معلومات | | | | | | | |
| جنسیت:  ❑ نارینه ❑ ښځینه | د زوکړې نیټه: (میاشت/ورځ/کال) | | د لوبغاړي بشپړنوم: | | | | |
| د ښوونځي نوم: | | | درجه: | | د کمیس کچه (حلقوي): XS S M L XL | | |
| ښار: | د اپارتمان شمیره: | | د کوڅې پته: | | | | |
| د ګرځنده تلیفون شمیره: | د کور د تلیفون شمیره: | | زیپ کوډ: | | | | ایالت: |
| د کور د تلیفون شمیره: | د ګرځنده تلیفون شمیره: | | د پلار/مور یا سرپرست نوم: | | | | |
| ښار: | د اپارتمان شمیره: | | د کوڅې پته: | | | | |
| نور: | بریښنالیک: | | زیپ کوډ: | | | ایالت: | |
| د کور د تلیفون شمیره: | د ګرځنده تلیفون شمیره: | | په بیړنیو حالاتو کې د ارتباطی شخص نوم: | | | | |
| ښار: | د اپارتمان شمیره: | | د کوڅې پته: | | | | |
| نور: | بریښنالیک: | | زیپ کوډ: | | | ایالت: | |
| د پیسو د پرداخت په اړه معلومات: **دا ۱۰ ډالره د نوملیکنې فیس دی چې د بیرته ګرځیدو وړ نه دی. د هر اضافی ماشوم لپاره ۵ ډاره نور.**  **د غوښتنلیک سره یوځای ددې فیس ورکړه اړینه ده. مهرباني وکړئ د ا وټاکئ چې تاسې به فیس په کومه بڼه ورکوئ.** | | | | | | | |
| ❑ نقدې پیسې (د شخص لخوا نقدې پیسې ورکول) | | | ❑ بانکي چک (د L.A.C.E.S **لپاره چک)** | | | | |
| کچیرې تاسې د کوم ګډونوال مالي ملاتړ کوئ نو مهرباني وکړئ په خپله نوملیکنه کې د اضافي پیسو یادونه وکړئ. | | | | | | | |
| ❑ ۱۰ ډالره – ۱ ماشوم ❑ ۲۰ ډالره – ۲ ماشومان ❑ ۳۰ ډالره – ۳ ماشومان ❑ ۴۰ ډالره – ۴ ماشومان | | | | | | | |
| زه د پورته (د لوبغاړي نوم ولیکئ) ذکر شوي شخص د پلار/مور یا قانوني سرپرست په توګه په دې خبر یم او پوهیږم چې فوټبال له فزیکي پلوه یو ستړیا زیږونکی فعالیت دی او ښايي چې پکښې ټپونه رامنځ ته شي. زه د L.A.C.E.S کارکوونکو ته دا جازه ورکوم چې په هغو حالاتو کې چې بیړنۍ طبي پاملرنې ته پکښې اړتیا موجوده وي زما لپاره د خپل قضاوت سره سم چارې ترسره کړي. زه چې لاندې مې لاسلیک موجود دی چې په هغو چارو یا پیښو کې چې L.A.C.E.S د کډوالو ځوانانو د فوټبال کمپ لخوا ترتیبیږي یا یې ملاتړ کیږي د لوبغاړود ګډون او د هغوی د لیوالتیا څخه د انځورونو د اخستلو سره موافق یم کوم چې ښايي د پرواګرام د تشهیر او یا د پروګرام په اړه د عامه پوهاوي لپاره هم خپاره شي. زه پوهیږم چې د نوملیکنې ۱۰ ډالره فیس چې د ۵ ورځو لپاره د ګډونوال ګډون باوري کوي د بیرته پرداخت یا ورکړې وړ نه دی. | | | | | | | |
| له لوبغاړي سره اړیکه:  ❑ پلار ❑ مور  ❑ قانوني سرپرست | | نیټه: | | د پلار/مور یا سرپرست نوم:  لاسلیک: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | | | |

کچیرې پوښتنې لرئ نو مهرباني وکړئ له ***کریسټي سواریز*** سره څوک چې د L.A.C.E.S د اوپراسیون مسؤلیت لري د [ksuarez@laces.org](mailto:ksuarez@laces.org) بریښنالیک او یا د 585-260-1470 تلیفون شمیرې له لارې اړیکه ونیسئ.

په بیړنیو حالاتو کې د درملنې فورمه

(مهرباني وکړئ له نوملیکنې سره یو ځای د بیړنۍ درملنې بشپړه شوې فورمه وسپارئ)

د ماشوم نوم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د پلار/مور/ سرپرست نوم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د بیړنۍ اړیکې لپاره د تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د پلار / سرپرست نوم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د بیړنۍ اړیکې لپاره د تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

خپلوان / دوستان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د بیړنۍ اړیکې لپاره د تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د کورنۍ معالج ډاکټر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د ډاکټر د تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

حساسیتونه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

درملنه/دوا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

روغتیايي وضعیت \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د هغه دوست نوم چې کولای شي زما ماشوم له ځانه سره یوسي. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ د نوم لومړي توري \_\_\_\_\_\_\_\_

د هغه دوست نوم چې کولای شي زما ماشوم له ځانه سره یوسي. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ د نوم لومړي توري \_\_\_\_\_\_\_\_

زه په دې توګه د خپل توافق څرګندونه کوم چې هر هغه طبي کارکوونکي چې د L.A.C.E.S. لخوا ګمارل کیږي کولای زما ماشوم ته د ټپي کیدو / ناروغۍ په صورت کې اړینه طبي مرسته چمتو کړي. په دې هوکړه کې لومړنۍ مرستې او طبي کارکوونکو ته/څخه د انتقال چارې هم شاملې دي.

د پلاریا مور/ سرپرست لاسلیک د پلاریا مور/ سرپرست لاسلیک

نیټه

کچیرې پوښتنې لرئ نو مهرباني وکړئ له ***کریسټي سواریز*** سره څوک چې د L.A.C.E.S د اوپراسیون مسؤلیت لري د [ksuarez@laces.org](mailto:ksuarez@laces.org) بریښنالیک او یا د 585-260-1470 تلیفون شمیرې له لارې اړیکه ونیسئ.

د طبي توافق فورمه

(مهرباني وکړئ له نوملیکنې سره یو ځای د توافق دا بشپړه شوې فورمه وسپارئ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نیټه: | د لوبغاړی نوم: | |
|  |  | |
| ***د درملو نوم:***(درمل باید په خپلو اصلي قطیو کې موجود وي او د پیښې لپاره کافي وي) | | |
|  | | |
| د درملو د ورکولو نیټه/نیټې | د درملو د ورکولو وخت/وختونه | دوز |
|  |  |  |
| هغه علایم چې د درملو د ورکولو په صورت کې رامنځ ته کیږی او پاملرنې ته اړتیا لري او یا نورې ځانګړې لارښوونې. | | |
|  | | |
| د تلیفون شمیره: | نیټه: | د پلار/مور یا سرپرست لاسلیک: |
|  |  |  |

کچیرې پوښتنې لرئ نو مهرباني وکړئ له ***کریسټي سواریز*** سره څوک چې د L.A.C.E.S د اوپراسیون مسؤلیت لري د [ksuarez@laces.org](mailto:ksuarez@laces.org) بریښنالیک او یا د 585-260-1470 تلیفون شمیرې له لارې اړیکه ونیسئ.

**د تیریدنې او مسؤلیت بښنې فورمه**

(مهرباني وکړئ بشپړه شوې فورمه چې د ماشوم د مور/پلار یا سرپرست له لوري لاسلیک شوې وي له نوملیکنې سره یو ځای وسپارئ)

زه ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ (مور/پلار یا سرپرست) د ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ (ماشوم) پلار/مور یا قانوني سرپرست یم. د L.A.C.E.S. له لوري **د کډوالو ځوانانو لپاره د اوړي د فوټبال کمپ یا ورپورې تړلو چارو، فعالیتنو او پیښو کې زه د خپل ماشوم ګډون او برخه اخستنې ته اجازه ورکوم. زه او ماشوم دواړه به** د L.A.C.E.S. یا د همکارو ټولنو له لوري رامنځ ته شویو قواعدو ته پابند وسو.  **په پام کې ده چې ددې اجازه لیک صادرول وار له مخه** له هغو مسؤلیتونو څخه د L.A.C.E.S اوږې سپکې کړي چې  **د اوړي د فوټبال په کمپ کې د ماشوم د ګډون او یا ورسره تړلو چارو په پایله کې رامنځ ته کیږي. پر دې سربیره زه پوهیږم چې په فوټبال کې د لوبغاړو تر منځ مخامخ کیدنه او فزیکي تماس رامنځ ته کیږي، کله کله د دې ډول سپورتي لوبو په ترڅ جدي پیښې رامنځ ته کیږي، په داسې سپورتي چارو کې ګډون ښايي کله ناکله د (مرګ په ګډون) د ټپي کیدو او یا شتمنیو ته د زیان سبب شي. زه په داسې سپورتي چارو کې د ګډون پورې تړلو خطرونو باندې پوهیږم. زه پدې توګه تصدیقوم چې ما او ماشوم دا خطرونه پرځان منلي او هیڅکله هم** L.A.C.E.S. او کارکوونکي یې ما او زما ماشوم ته د راپیښ شوي زیان له امله زمونږ او زمونږ د وارثینو په وړاندې د بې احتیاطۍ او بې غورۍ لپاره مسؤل نه ګڼل کیږي.

زه تصدیقوم چې زما عمر ۱۸ کاله یا تر هغه ډیر دی، همدارنګه تصدیقوم چې زما ماشوم له فزیکي پلوه روغ رمټ او برابر دی او هیڅ داسې څرګنده روغتیايي ستونزه نلري چې له امله هغه په دې سپورت کې ګډون و نشي کولای. زه زما کوچني ته زما له لوري د چمتو شویو سپورتي وسایلو د وضعیت مسؤلیت لرم، په هکله یې پوهیږم او د هغه په واسطه یې له کارولو سره موافق یم. زه موافق یم چې په دوامدار ډول به زه او زما ماشوم هغه ته د ورکړل شویو وسایل له وضعیت څخه کتنه او ساتنه کوو او کاروو به یې، آن که ځینې سپورتي وسایل د L.A.C.E.S. یا بل چا له لوري چمتو شوي هم وي. ما دا هوکړه لیک په غور سره لوستی دی او پر موادو یې په بشپړ ډول پوهیږم. زه پوهیږم چې دا سند زما او زما د ماشوم په وړاندې د نورو مسؤولیت له منځه وړي، او دا سند زما، زما د ماشوم او د L.A.C.E.S. تر منځ قرارداد دی چې ما په خپله خوښه او رضا لاسلیک کړی دی.

زه L.A.C.E.S. ، د هغوی د همکارانو، ملاتړ کونکو او کارکونکو لخوا په ویپاڼو او رسنیو کې د تشهیر او خپریدو په موخه زما د ماشوم د انځور کارونې ته اجازه ورکوم.

د ماشوم د پلار/مور یا سرپرست لاسلیک:

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ نیټه: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

نوم: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ