

نموذج موافقة ولي الأمر على الأنشطة التي ستقام لمدة عام داخل معسكر فتيات الكشافة في ولاية أيوا الشرقية ومنطقة إلينوي الغربية

بمجرد التحاق ابنتك بمعسكر فتيات الكشافة، سيكون بإمكانها التمتع بفرص مختلفة للمشاركة في أنشطة فتيات الكشافة مع فرقة الكشافة على مدار العام. وفي جميع الأحوال، سيتم إرسال كافة تفاصيل الأنشطة والتكاليف المرتبطة بها وتفصيل التنقل إليك عبر مرشدات الكشافة. سيكون التوقيع على نموذج الموافقة هذا وترتيب حضور ابنتك للأنشطة بمثابة إذن كتابي إلزامي لكافة الأنشطة التي تُقام داخل معسكر فتيات الكشافة في ولاية أيوا الشرقية ومنطقة إلينوي الغربية (GSEIWI). لا يشمل هذا النموذج الموضوعات الحساسة والأنشطة التي قد تنطوي على خطورة عالية (مثل تسلق الصخور، والتزلج، وما إلى ذلك)، بالإضافة إلى الأنشطة الأخرى التي تتم خارج نطاق منطقة مجلسنا، حيث سيطلب منك نموذج موافقة منفصل لهذه الأنشطة. كما وتتطلب أنشطة المشاركة في بيع المنتجات أيضاً نموذجاً منفصلاً خاصاً بكل عملية بيع.

لقد حصلت ابنتي الملتحقة بفرقة الكشافة _____ على إذن مني للمشاركة في جميع أنشطة فتيات الكشافة التي تقع ضمن اختصاص GSEIWI، وذلك بفرقة مرشدات الكشافة البالغات المسجلات لدى فرقة الكشافة _____ ، بدءاً من (تاريخ) _____ ، حتى (تاريخ) _____ .

وأنا أؤكد بأن ابنتي تتمتع بصحة بدنية جيدة، ولا تعاني من أي أمراض، ولم تقم بإجراء أية عمليات جراحية بالغة الخطورة منذ آخر فحص طبي خضعت له، وقد تلقت جميع التطعيمات واللقاحات اللازمة. كما أتفهم بأنه إذا وُجد أنها تتعاطى المخدرات أو الكحول، أو تتصرف بسلوكيات تشكل خطورة على حياتها أو حياة المشاركات الأخريات، فسوف يتم استدعائي للحضور واستلامها على الفور.

وبشكل عام، يمكن الاتصال بي عبر الأرقام التالية:

رقم المنزل (_____) - _____ رقم الهاتف الجوّال (_____) - _____

رقم العمل (_____) - _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

وإذا تعذر الوصول إليّ في حالات الطوارئ، فإن الشخص (الأشخاص) التالية أسمائهم مخولين بالتصرف نيابةً عني، ويمكن إسناد مهمة رعاية ابنتي لهم:

الاسم _____ صلة القرابة _____
رقم المنزل (_____) - _____ رقم الهاتف الجوّال (_____) - _____

رقم العمل (_____) - _____

الاسم _____ صلة القرابة _____
رقم المنزل (_____) - _____ رقم الهاتف الجوّال (_____) - _____

رقم العمل (_____) - _____

اسم الطبيب _____ رقم الهاتف _____

عنوان الطبيب _____

التأمين الطبي/تأمين المستشفى _____ رقم الوثيقة _____

أقر بمنح الإذن للشخص البالغ المسؤول عن النشاط ليصطحب ابنتي إلى أحد المرافق الصحية، إذا لزم الأمر. إذا لم يتم الاتصال بأي من الأشخاص الواردة أسمائهم أعلاه في حالة الطوارئ، فأننا أوافق على تلقي ابنتي للعلاج تحت إشراف طبيب مرخص بموجب قانون الممارسة الطبية، حسبما ترون الأمر ضرورياً. كما أوافق على تقديم أي سجلات ضرورية، أو فواتير، أو التأمين لأعراض العلاج. ولن أسمح لابنتي بالحضور إذا كانت مصابة بأي مرض معدي أو إذا كنت لا أعتقد، لأي سبب من الأسباب، أنها في حالة بدنية جيدة.

توقيع ولي الأمر/الوصي _____

الاسم المطبوع _____ التاريخ _____

نموذج المعلومات الصحية الخاصة بالالتحاق بفرقة الكشافة - ساري لمدة عام

تبدل فتيات الكشافة في ولاية أيوا الشرقية ومنطقة إلينوي الغربية والمتنوعات فيها كل جهد ممكن لتوفير بيئة آمنة أثناء عقد الاجتماعات الجماعية. قد تتضمن الاجتماعات الاعتيادية أو فعاليات البرامج الخاصة بفتيات الكشافة، الأغاني، والألعاب التفاعلية، وتناول المرطبات، والمسرحيات، والفنون والحرف اليدوية، وجلسات النقاش الفعالة. ولا يشمل هذا النموذج الموضوعات الحساسة والأنشطة التي قد تتطوي على خطورة عالية (مثل التخيم، وتسلق الصخور، والتزلج، وما إلى ذلك)، بالإضافة إلى الأنشطة الأخرى التي تتم خارج نطاق منطقة مجلسنا، حيث يُطلب نموذج موافقة منفصل لهذه الأنشطة. كما وتتطلب المشاركة في أنشطة بيع المنتجات أيضًا نموذجًا منفصلًا خاصًا بكل عملية بيع. كما وقد تتطلب الرحلات الطويلة أو الأنشطة الأخرى، التي تحتاج إلى بذل مجهود بدني، معلومات إضافية عن التاريخ الصحي ومعلومات الاتصال.

وبصفتك والد/ة الفتاة أو الوصي عليها، فنحن نشجعك، على مشاركة المعلومات التي قد يكون لها أثر على صحتها أو سلامتها مع المرشدة (المرشدات) خلال فترة وجودها تحت رعايتنا. إكمال هذا النموذج اختياري. كما أن جميع المعلومات الواردة فيه سرية، ويجب ألا تتم مشاركتها سوى مع الشخص (الأشخاص) الذين يحتاجون إلى معرفتها من أجل الحفاظ على صحة وسلامة جميع المشاركات. ويجب التخلص من النماذج المكتملة مع نهاية كل سنة للعضوية، بتاريخ 30 سبتمبر.

اسم الفتاة _____ التاريخ _____
طول الفتاة _____ وزن الفتاة _____ تاريخ ميلاد الفتاة _____

الاحتياجات الخاصة والمعلومات الصحية - قم بإدراج أي معلومات أو احتياجات خاصة من شأنها أن تساعد البالغين المسؤولين عن رعاية فتيات الكشافة على تقديم الرعاية لابنتك بشكل أفضل، بما في ذلك الأدوية المطلوبة والتشخيص الطبي، إذا كان ذلك يناسبك (سيتم الحفاظ على سرية جميع المعلومات ضمن نطاق البالغين المسؤولين عن رعاية الفتيات).

الحساسية (من الحيوانات، أو الطعام، أو الحشرات، أو الأدوية، إلخ.)، وكيفية الاستجابة لردود الفعل

أقر بمنح الإذن لابنتي بتناول الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية، والتي تم تحديدها أدناه، وذلك وفقًا لتعليمات الشركة المصنعة ومع الالتزام بتناول الجرعة المناسبة لوزنها و/أو عمرها.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> أسيتامينوفين (تايلينول) | <input type="checkbox"/> مزيل الاحتقان (سودافد) |
| <input type="checkbox"/> أنثاسيد (تومز) | <input type="checkbox"/> طارد للبلغم (قطرات السعال/مثبط) |
| <input type="checkbox"/> مضاد للإسهال (بيبتو بيسمول) | <input type="checkbox"/> ديفينهيدرامين (بينادريل) |
| <input type="checkbox"/> مضادات الهيستامين (كلارينين) | <input type="checkbox"/> إيبوبروفين (موترين) |

توقيع ولي الأمر/الوصي _____

الاسم المطبوع _____ التاريخ _____