Be a gift to the world

RYLA

LE QUARTIER INTERNATIONAL ROTARY 7030
LA DIRECTION DE JEUNESSE RECOMPENSES 2015-16 ROTARY CONFERENCE
FORME DE DECHARGE DE RESPONSABILITE MEDICALE

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Surnom: _____ Sexe: _____ Date de naissance: _____ Age: _____

Adresse personnelle: _____

Ville: _____Pays: _____Email: _____

Le Nombre de Téléphone de maison: _____Nombre de téléphone portable: _____

J'autorise par la présente n'importe quel directeur, n'importe quel conseiller, ou n'importe quel agent de Quartier International Rotatif 7030 obtenir l'urgence traitement médical pour moi/mon enfant à tout moment pendant le RYLA 2015-16 Conférence. Je comprends qu'une tentative sera faite notifier les parents premièrement. Si les parents ne sont pas disponibles cependant la jeunesse sera prise au service des urgences à l'hôpital le plus proche comme les circonstances peuvent mériter.

Nom & l'Adresse de Compagnie d'assurances: _____

_____

Nombre de politique: _____ **Une photocopie de carte d'assurance est exigée.**

Fait n'importe quelle pré-certification, n'importe quelle notification, ou n'importe quelles autres conditions existe par rapport à l'assurance maladie de participant? Si oui, s'il vous plaît spécifier:

_____

_____

_____

Médecin de famille: _____ Numéro de téléphone: _____

Dentiste de famille: _____ Numéro de téléphone: _____

La date de dernière injection antitétanique: _____

S'il vous plaît énumérer des informations médicales spéciales (y compris les médicaments et les allergies) à propos du participant:

_____

La signature de Participant: _____ Date: _____

La signature de Parent/Gardien (pour les participants sous 18 ans):_____

Ce formulaire fait partie de votre inscription et doit être soumise à votre inscription et des règles de conduite Formulaires. Regj'aistration délai est 30th Septembre 2015 à USD750.00 par participant (*US $ 825.00 du 1st - 15th Oct 2015 & USD900.00 du 16ème Oct – 5 Novembre 2015*).