



放棄追究及醫療資料表格 (WAIVER & MEDICAL RELEASE FORM)

活動: _____ 活動日期: _____
參加者姓名: (姓) _____ (名) _____
出生日期: _____ 學校: _____
地址: _____
本人 / 父母 / 監護人: _____ 電郵: _____
電話 (住所): _____ (手機): _____ (工作): _____

參加者有無對任何東西敏感? (例如: 蜂螫、食物、盤尼西林、或是其他藥物) 有 ___ 沒有 ___
如有, 請說明: _____

參加者有否隨身帶同任何藥物? (例如: 抗生素、呼吸機、立得寧等等) 有 ___ 沒有 ___
如有, 請說明: _____

注意: 教會及其工作人員和義工均不會給參加者用藥, 亦沒有責任監督或保證小孩依時定量正確服藥, 也不會為此負上責任。

參加者有沒有任何健康、身體、情緒、精神或行為上的問題或限制, 是我們工作人員應該知道的?
有 ___ 沒有 ___
如有, 請說明: _____

倘若參加者需要接受緊急治療, 家長或監護人將會第一時間獲得通知。參加者必需受到省或同級醫療保險的保障。

省醫療保險號碼: _____

家庭醫生姓名: _____

電話: _____

家庭牙醫姓名: _____

電話: _____

緊急聯絡人姓名: _____

電話: _____

緊急聯絡人姓名(不在本省): _____

電話: _____

本人/家長/監護人與高潔林自立中華基督教會的協議:

免除追究責任聲明

倘若參加者發生意外或患病, 我在此免除高潔林自立中華基督教會、其員工、以及義工的一切責任。

緊急醫療授權聲明

倘若發生緊急狀況, 我在此授權高潔林自立中華基督教會所選擇的醫生為我在此表格上具名的參加者施行治療。

本人/父母/監護人簽名: _____ 日期: _____