

BELLINGHAM CHALLENGE PROGRAM

ЧАСТЬ А. ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ РИСКА, ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И СОГЛАШЕНИЕ.

Ко всем Взрослым участникам, а также ко всем родителям, попечителям несовершеннолетних участников.
(ПОЖАЛУЙСТА ПРОЧТИТЕ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ РАСПИСАТЬСЯ).

Вы и/или ваш ребенок приглашаетесь участвовать в Bellingham WSU 4-H Программу курса Чалендж. Все участвующие должны иметь копию этой формы, подписанную собственноручно (если совершеннолетний) или же родителем или попечителем (если несовершеннолетний) как необходимое условие для участия. Ниже следует план условий для участия.

1. Всем участникам необходимо знать, что занятия этого курса включают некоторые физически-напряженные упражнения. Некоторые (как например, хождение в горы, скалолазание) представляют собой более высокий риск травмы, нежели в наших повседневных условиях. Несмотря на то, что все меры предотвращения такие, как строгие правила, тренировки, оборудование или личная дисциплина, все же риск травмирования остается. Для каждого занятия в этой программе, необходимые навыки безопасного участия будут объяснены. Решение быть вовлеченным в определенное занятие этого Курса полностью зависит от участника. Условия программы ни в коем случае не обязывают никого исполнять упражнения, которые участнику не под силу.

2. От имени моего ребенка (или от моего имени, если участник совершеннолетний) я определенно осознаю мое полное понимание риска травм, включая серьезные травмы, инвалидность или смерть, во время участия в Программе Чалендж. Я понимаю, что имею возможность обговорить о всех рисках с официальными лицами WSU 4-H Программы Чалендж, для того, чтоб полностью информировать себя в этом вопросе. Основываясь на этом понимании, я добровольно и сознательно осознаю всю эту рискованность, знакомую или же незнакомую, даже если возникнет таковая по причине небрежности со стороны любого вейгта WSU или WSU. Согласно этому, я принимаю полную и безоговорочную ответственность за себя или моего ребенка в участии в этой Программе.

3. Я согласен со всеми условиями и терминами для участия в Программе Чалендж Курса. (ЗАМЕТКА. Родители или опекуны не могут заявить об этом соглашении от имени ребенка. Ребенок обязан собственноручно подписать этот документ). Я и/или мой ребенок понимаем и осознаем, что если я или он/она почувствуем любое необычное смущение относительно участия в любом аспекте этого Чалендж Курса, я или он/она свободны остановиться и прекратить всякое участие в Программе. В таком случае, лидер группы должен быть проинформирован немедленно.

4. От моего имени или имени моего ребенка (насколько позволяет законом), я посему освобождаю и снимаю всякую ответственность с Washington State University, 4-H Program, Bellingham School District, Mount Baker School District, всех работников, официальных лиц, добровольцев или агентов выше упомянутых организаций, включая всех спонсоров этой Программы, и всех тех, кто ассоциируется с организацией и администрацией Чалендж Курса Программы, от всякой ответственности, включая, но не исключая порчу имущества, личные травмы, инвалидность или смерть, причиной которых является мое участие или участие моего ребенка в этой Программе. Это включает в себя либо преднамеренные травмы или повреждение по причине недосмотра всех вышеупомянутых организаций или же других неупомянутых, насколько позволено законом.

5. Насколько позволяет законом, за себя или моего ребенка, наших наследников, назначенных, личных представителей и родственников, соглашаюсь обезопасить все вышеупомянутые организации, как отмечено в Главе 5, от и против всех ответственностей, которые могут возникнуть от моего участия в Чалендж Курсе. Это послужит тому, чтоб обезопасить настолько, насколько позволено законом, даже если ответственность, предъявленная против этих организаций будет по частичной или полной их небрежности.

6. Я понимаю, что могу сообщить перед началом занятий ответственному лицу группы о любом медикаменте, который я употребляю под медицинским надзором, и любое медицинское, физическое или умственное состояние, которое может отразиться на моем участии или участии моего ребенка в Программе Чалендж. Я также понимаю и согласен, что использование табачных изделий или наркотиков (кроме вышеупомянутых медикаментов, выписанных доктором), запрещено Программой Чалендж Курса.

7. Вас или вашего сына/дочь попросят помочь оценить нашу программу и заполнить анонимные анкеты в конце занятий. Этот опросник займет около 5 минут и включает в себя мнение, важное для организаторов, а также вопросы о том, чему участник научился во время этой программы. Эта анкета – дело добровольное и если вы решите не участвовать в опроснике, вы не понесете никакого ущерба в участии будущих WSU увеличенных кооперативных программах. Если вы не желаете чтоб ваш сын/дочь участвовали в этой оценке WSU Чалендж Программы, или у вас возникнут вопросы, пожалуйста позвоните Craig Fenske по тел. (360) 676-6736 перед тем, как вы или ваш ребенок начнете посещать занятия программы.

Я ПРОЧИТАЛ ЭТО ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ РИСКА, ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И СОГЛАШЕНИЕ. Я ПОЛНОСТЬЮ ПОНИМАЮ ЕГО ТЕРМИНЫ, И СТАВЯ СВОЮ ПОДПИСЬ, Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРАВ, КОТОРЫЕ Я МОГ БЫ ИМЕТЬ ПО ЗАКОНУ. Я ПОДПИСЫВАЮ ЭТОТ ДОКУМЕНТ ДОБРОВОЛЬНО, БЕЗ НИКАКОГО ПРИНУЖДЕНИЯ.

Я, _____ таким образом даю согласие _____
(пожалуйста напишите имя родителя или взрослого участника) (Напишите имя если участник до 18 лет возраста)
участвовать в WSU 4-H Чалендж Курсе Программе, по условиям отмеченным в этом Предположении Риска, Освобождении от Ответственности и Соглашении. Программа Чалендж Курса на которую дается это согласие назначена на _____, 200____.

Роспись родителя или опекуна _____

Роспись участника (Взрослого или Ребенка) _____

Имя Участника _____		Название Группы _____	
Телефон () _____	День рождения _____	Мужчина	Женщина
Адрес _____	Город _____	Штат _____	Индекс _____
Кому позвонить в случае несчастья _____			
Номера телефонов () _____ () _____			

- | ДА | НЕТ | |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. В настоящее время есть ли у вас жалобы на здоровье или хронические болезни? Если Да, пожалуйста объясните _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. В прошлом были ли у вас повреждения (спины, колена, плеча, локтя и т.д.). Если да, то Укажите _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Находитесь ли вы под наблюдением у какого-либо доктора? Если да, какое лечение? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Принимаете ли вы какие-либо лекарства? Если да, то какие? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Находитесь ли вы на специальной диете? Если да, то на какой? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Есть ли у вас или были ли у вас в прошлом следующие болезни |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. Диабет? Если да, принимаете ли вы инсулин? Да/Нет Сколько? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. Припадки? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. Астма? Используйте ли вы дыхатель? Да/Нет Если да, посмотрите заметку ниже. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Аллергии? На что? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. Есть ли у вас аллергия на укусы пчел? Если да, посмотрите заметку ниже. |
| *Заметка если вы нуждаетесь в лекарстве от астмы или укусов пчел, пожалуйста принесите с собой на Занятия Чалендж Курса. | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Имя Доктора _____ Телефон _____ |
| | | Адрес _____ Город _____ Штат _____ Индекс _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Есть ли у вас медицинская страховка? Название Компании _____ |
| | | Номер группы _____ |

<p>Я разрешаю оказать непредвиденную помощь для меня или вышеуказанного ребенка под руководством ведущего или доктора, если я не смогу сообщить свои желания. Вычеркните последнее заявление если вы не желаете предоставить согласие на медицину. Я прочитал, понял и согласен с вышезаписанным заявлением и подписываю это соглашение по своей воле. Для участников 40 лет и старше, роспись внизу означает также что он/она прочел информацию Ассоциации Американских сердечников о Риске Упражнений.</p>	
Роспись родителя/опекуна (если до 18 лет) Роспись участника (если 18 и старше)	Число _____