



Liên Đoàn Chí - Linh

7169 Santa Isabel Dr, Buena Park, CA 90620

Giấy Xin Phép

Liên Đoàn Chí Linh sẽ tổ chức **Trại Thu Liên Đoàn** tại địa điểm **Prado Regional Park, 16700 Euclid Avenue, Chino, CA 91708** (Bản đồ đính kèm hoặc ở trên website www.liendoanchilinh.com) từ **7:00PM Thứ Sáu 18/10/2024** đến **10:00AM Chủ Nhật 20/10/2024**. Phương tiện: Đồng thời phục HD, Phụ huynh ngành Âu sẽ đi với con, em quý vị đến tại địa điểm. Chi phí: **\$20 + ẩm thực**. Xin liên hệ với **Trưởng Dominic**. Điện thoại: **(714)340-8692** khi cần thiết.

Trưởng,

Dominic Nguyen

Dominic Nguyen

-----Xin giữ phần trên để tiện liên lạc và biết địa điểm-----

Giấy Cho Phép

Tôi ký tên dưới đây, là Cha mẹ, Giám Hộ của em _____ chấp thuận cho con em chúng tôi tham dự _____ tại địa điểm _____ từ _____ đến _____.

Trong trường hợp khẩn cấp, chúng tôi chấp thuận cho con em chúng tôi đến bệnh viện, khám bệnh, chụp hình quang tuyến, xông thuốc mê, chấn bệnh hay giải phẫu dưới sự điều hành tổng quát hay đặc biệt của bất cứ nhân viên y tế, bác sĩ, nha khoa hay bất cứ nhân viên bệnh viện với giấy phép điều hành bệnh viện do Bộ Y Tế Công Cộng Tiểu Bang California cấp. Chúng tôi không bắt buộc và kiện tụng Hội Hướng Đạo Hoa Kỳ, Châu Orange County, thành viên hay Huynh Trưởng Liên Đoàn Chí Linh chịu trách nhiệm về sức khỏe và sức điều trị cần thiết cho con em chúng tôi trong trường hợp xảy ra tai nạn. Giấy ủy quyền này được soạn theo luật 25.8 Dân Luật Tiểu Bang California và chỉ có hiệu lực duy nhất đối với kỳ sinh hoạt vào ngày tháng nêu trên.

Bác sĩ Gia đình _____ Điện thoại: _____

Khi khẩn cấp xin liên lạc _____ Điện thoại: _____

I, _____ (parent's name) do hereby allow, _____ (scout's name), to participate in the said activities and do hereby give permission. If any altercations occur, I do hereby give permission to allow medical treatment and first aid to any emergency as well being notified immediately of any instance. PARENT SIGNATURE BELOW GIVES CONSENT TO TREATMENT In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examinations, anesthetic, medical, surgical, or dental diagnosis or treatment and hospital care that are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services, and the undersigned agrees to pay for such medical care whether or not the costs are insured by parents'/guardians health insurance. PARENT SIGNATURE BELOW GIVES WAIVER OF CLAIMS Parent/guardian for himself/herself and for his/her child/ward by signature herein below waives any and all claims against Venture Crew 299 or Liên Đoàn Chí Linh, its leaders, and its parent volunteers for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the trip or excursion. PARENT SIGNATURE BELOW GIVES AGREEMENT FOR CONSEQUENCES ON FOLLOWING RULES Undersigned agrees that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip and that any violation of these rules and regulations can result in the parent/guardian being called to come and pick up the child. No refund of fees will be made.

Parent's Signature _____ Parent Phone Number _____ Date _____

Emergency Contact Name (Not a Parent) _____ Emergency Contact Phone Number _____

Medical Physician _____ Physician Phone Number _____

Insurance Carrier _____ Insurance Phone _____ Policy Number _____

Phụ Huynh Ký Tên