



Ấu Đoàn Chí Linh



Giấy Xin Phép

Ấu Đoàn Chí Linh sẽ tổ chức cuộc đi săn tại: **Griffith Observatory (2800 East Observatory Road Los Angeles, CA 90027 (213) 473-0800)** vào ngày: **19 tháng 1 từ 7:30 sáng đến 3:00 giờ chiều**. Vào cuộc đi săn này mỗi em nên đem theo đồ ăn trưa riêng cho mình và bận áo class B (áo vàng). Xin các phụ huynh cho các em đến Park West Park đúng giờ vì chúng ta sẽ bắt đầu đi đúng 7:30 giờ.

Tiền parking: Free

Tiền Gas: \$12

Lunch: tự túc

Ticket for show: \$5 kid/\$7 adult

Nếu phụ huynh có thắc mắc xin gọi cho Trương Mai Anh tại số: (714) 312-9488

-----Xin Phụ Huynh giữ lại Phần Trên -----

Giấy Cho Phép

Tôi ký tên dưới đây là giám hộ hoặc cha mẹ của em _____ chấp nhận cho con em tôi đi săn vào ngày 19 tháng 1 từ 7:30:00 tới 3:00 giờ chiều. Trong trường hợp khẩn cấp, chúng tôi chấp thuận cho con em tôi được đưa vào 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 sự điều trị cần thiết cho con em 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 stated activities and do hereby give permission. If any altercations occur, I do hereby give permission to allow medical treatment and rst 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 sta 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 parent/guardian being called to come and pick up 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 _____