

參與者切結書

(請列印後以黑色或藍色原子筆填寫完成)



青年參與(僅限青年 & 孩童)

參與者名字 _____ 姓氏 _____ 出生日期 _____ 青年T恤尺寸 _____
性別: 男性 女性 跨性別(男性) 跨性別(女性) 非二元性別 其他 不願回答

成年參與者或主要監護人家庭聯絡資訊

主要監護人/成年參與者名字 _____ 姓氏 _____ 電子郵件地址 _____
性別: 男性 女性 跨性別(男性) 跨性別(女性) 非二元性別 其他 不願回答

出生日期 _____ 住家郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

住家電話 _____ 工作場所電話 _____ 手機 _____ 電信業者 _____
提供手機號碼即表示您同意出於合理的商業目的,能透過該電話與您聯絡。可能透過電話、預錄訊息、使用自動撥號設備或文字訊息與您聯絡。可能根據您的無線網路方案收取基本資料費率。

次要監護人聯絡資訊

次要監護人名字 _____ 姓氏 _____ 電子郵件地址 _____
性別: 男性 女性 跨性別(男性) 跨性別(女性) 非二元性別 其他 不願回答

住家電話 _____ 工作場所電話 _____ 手機 _____ 電信業者 _____
次要監護人是否與上列居住在相同住家? 是 否 (若否,列出次級監護人住家郵寄地址)

住家郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

請列出主要監護人與次要監護人以外的緊急聯絡人

緊急聯絡人姓名	關係	住家電話	工作場所電話	手機	能夠接送嗎?
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

醫療照護資訊

1. 是否對任何食物/藥物、昆蟲叮咬、毒常春藤/其他植物等等有已知過敏? 是 否 (若是,請在下方說明)

(如有需要可增加額外頁面。)

2. 有任何已知的疾病嗎? 是 否 (若是,請在下方說明) _____

3. 列出任何可能限制活動的身體狀況,或為了參與計畫/活動所需要的特別照護: _____

4. 僅限青年 & 孩童:參與者在計畫期間需要服用處方藥嗎?計畫必定會超過 1 小時。 是 否 若是,請填寫藥物授權表。

無障礙宿舍請求

奧斯汀市對於遵守《美國身心障礙者法案》感到自豪，以此讓所有人都能享受休閒娛樂服務並從中獲益。如果參與者為了參與計畫或使用設施時需要協助或更動，請在參與前至少兩個禮拜撥打 512.974.3914 向共融協調員諮詢。參與者需要住宿嗎？

是 否

請在相應的欄位簽署姓名的第一個字母

個人資訊隱私權政策

只有當參與者或訪客自願提供時，我們才會收集個人可識別資訊(姓名、郵遞地址、電子郵件地址等等)。您提供的資訊用於滿足您的要求以及作為用於策畫計畫的人口統計資料，並可能分享給合作機構(例如，AISD 與特拉維斯郡)。如果您不希望我們與這些機構分享參與者資訊，請在此簽署姓名的第一個字母。

選擇退出

影像發佈切結書

我在此同意允許本市將課堂或計畫中以及在市內地點拍攝的照片或影片作為公共目的使用，例如印刷品內、城市網站與社交媒體上。照片與影片仍為奧斯汀市公園與休憩部門的財產。如果您不同意本市使用照片或影片，請在此簽署姓名的第一個字母。

選擇退出

照護通知標準

由公園與休憩部門監督且需要註冊／登記才能參加的青年計畫／活動並未獲得州政府批准，但遵循奧斯汀市條例所採用的照護標準。副本張貼在各個網站，並可在網站上取得。

免責聲明

出於並考慮到奧斯汀市公園和休憩部門允許我／參與者參加由其贊助的課程或計畫，我完全免除本市、其民選官員、官員、機關首長、員工、代理人、志願者、附屬機構以及代表其行事的所有其他人，因我現在或未來可能的任何與所有索賠、訴訟、訴訟原因和任何類型投訴的責任，無論是已知或未知、是因我／參與者參與課程或計畫而產生或與其相關。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
成年參與者或青年參與者家長／監護人的印刷體姓名	簽名	日期

緊急醫療照護

我同意若有緊急醫療狀況時，對我／參與者進行醫療專家回應該緊急狀況所認為之必要緊急醫療處置。由我承擔該治療的所有費用。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
成年參與者或青年參與者家長／監護人的印刷體姓名	簽名	日期

電子簽署授權

就各方面而言，應視電子簽署為原始簽名並應擁有與原始簽名同等的效力。「電子簽署」應包含原始簽名的傳真版本或經電子掃描並傳送的版本(例如以 pdf 傳送)。

參與者人口統計資料(自願回應)

感謝您對本計畫感興趣。接下來的問題能幫助奧斯汀市更好地服務社區成員並改善擴大服務工作。選擇參與者最接近的認同類別。

參與者的種族／族裔： 無回答 亞洲人 黑人 美洲原住民／阿拉斯加原住民 夏威夷原住民/太平洋岛屿原住民
 西班牙裔／拉丁裔 白人 其他

家庭年收入：

無回答 \$22,500以下 \$22,501 - \$50,000 \$50,001 - \$75,000 \$75,001 - \$100,000 \$100,000以上

