

سلامتی و تندرستی عمومی

این بخش باید توسط یکی از والدین یا سرپرست تکمیل شود. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید از پشت صفحه استفاده کنید.

اطلاعات بیمه سلامت (لطفاً کپی پشت و روی کارت بیمه را، اگر موجود است، ارائه نمایید)

آیا فرزند شما تحت پوشش بیمه درمانی خانواده قرار دارد؟ بلی خیر

نام شرکت _____ نام بیمه گذار _____

بیمه/کد شناسایی عضو _____ تلفن شرکت # _____

آیا فرزند شما مرتباً ورزش می کند؟ بلی خیر

طول مدت؟	فراوانی	فعالیت

مهارت شنای فرزند شما چقدر است؟ زیاد متوسط مبتدی شنا نمی کند

آیا فرزندتان به چیزی حساسیت دارد؟ (غذا، دارو، محرک های محیطی) بلی خیر

دارو (چنانچه صدق می کند)	واکنش	حساسیت ها

آیا در حال حاضر فرزند شما دارویی مصرف می کند؟ بلی خیر

تمامی داروهای مصرفی فرزندتان را درج نمایید (از جمله داروهای غیر تجویزی یا بدون نسخه)

دارو	مورد مصرف آن چیست؟ (شرایط/نشانه‌ها)	دوز (چه مقدار / چند دفعه)	تاریخ آغاز	اثر جانبی (چنانچه موجود باشد)

لطفاً هرگونه محدودیت غذایی مرتبط را بررسی کنید

فرزند من این موارد را نمی خورد گوشت گاو طیور گوشت خوک خوراک دریایی تخم مرغ لبنیات گلوتن مغزها
 فرزند من گیاهخوار است وگان است
 آیا فرزندتان واکسن کووید دریافت کرده است؟ بلی خیر نوبت دارد

آیا شرایط جسمانی دیگری وجود دارد که مشارکت فرزندتان را در برنامه های Wilderness Kids Alexandria محدود نماید؟

(آسم، صرع، دیابت، حساسیت، محدودیت های جسمانی و غیره)

خیر، فرزند من توانایی انجام مشارکت کامل را دارد بلی، من درباره توانایی فرزندم برای مشارکت نگران هستم

اگر صدق می کند، لطفاً توضیح دهید

امضا پدر یا مادر:

تاریخ: