



学生姓名: _____

学校名称: _____

表格说明: 在允许学生参加练习、比赛、表演和/或课外活动或联合课程活动之前, 必须完整地填写本表格, 并交还给活动负责人(主办方)。

参与许可: 就读于(学校名称)的(学生姓名)的家长/监护人通过在本页底部签名, 表示同意该学生可以参加以下描述的活动。

活动的简要描述: _____

- **活动日期:** _____
- **交通工具:** 巴士 私家车 其他 _____
- **预计离开时间和预计返回时间:** _____

家长/监护人认识到, 这些活动和/或建议涉及一定程度的风险, 而且校区不能保证在知晓这种风险后的安全程度, 家长/监护人允许学生参加。如果发生了需要紧急护理的事故, 在可行的情况下, 我们会做出合理努力来通知家长/监护人。

学生和教职员工应表现出尊重、公民意识、关爱、信任、公平和负责等美德。这是“品德理事会”设立的六大支柱。所有参加课外活动或实地考察的学生都应在校内和校外践行这些品德。参加课外活动是向学生提供、并由学生自行争取的一种特权。参与这些活动的学生作为学校和社区的代表, 应该在任何时候都践行最高行为标准。学生应遵守 [《阿尔伯克基公立学校学生行为手册》](#)

[\(Albuquerque Public Schools Student Behavior Handbook\)](#) 中的所有标准, 以及各自所在学校的行为准则。

通过在下方签名, 家长/监护人特此授权许可进行应急响应或医疗人员认为必要的紧急医疗和/或住院治疗。

如果您的孩子有特殊的医疗需求或需要定期服药, 您必须填写本表的背面内容。 此许可表的副本将由活动主办方持有。

在实地考察过程中需要服用处方药的学生必须提前告知活动主办方。医生的医嘱或处方副本必须拿到学校护士办公室进行存档。可能需要对学生药物的运输做出特别安排。

紧急联系信息——请工整书写。

学生的家庭地址

家长的住宅电话号码 _____

家长的工作电话号码 _____

其他紧急联系人信息:

姓名 _____

与学生的关系 _____

电话号码 _____

学生正在服用的药物: _____

已知对药物或食物的过敏: _____

我们同意上述声明。

家长签名 _____

学生签名 _____

签署日期 _____

主办方签名 _____



学生姓名: _____

学校名称: _____

为生病或受伤的学生、或必须定期服药的学生、或有可能需要治疗的医疗问题的学生，在参加学校主办的活动或实地考察时提供医疗服务。

敬爱的（学生姓名）的家长/监护人：

阿尔伯克基公立学校希望避免学生在学校主办的活动中因生病或受伤而难以获得医疗服务的情况。

作为参加学校主办活动的学生的家长/监护人，您有必要事先同意当您的孩子发生了紧急情况时可以住院、接受医疗护理和手术。**如果您表示不同意，则必须提供指导。**

在生病或受伤的情况下，我们将做出合理努力与您取得联系，以便在提供医疗服务之前获得您的同意。如果我们无法与您取得联系，活动主办方将根据事先的书面授权，代表您同意为您的孩子提供此类服务。该授权书列在下方的同意表格中。

医生或医院的选择将根据家庭的偏好（若知晓）进行。如果家庭偏好不明，学生将被送往最近的医院或符合现有情况的医院。

医疗服务授权书

本人，系（学生姓名）的家长/监护人，已经阅读了上述内容，并在此指定实地考察或活动旅行的主办方在发生医疗紧急情况时代表本人行事。他/她可以授权我的孩子在参加学校主办的活动时因生病或受伤而在紧急情况下住院、接受医疗护理和手术。本人则将承担住院、医疗护理和手术的财务责任。

1. 列出主办方和陪同人员需要注意的医疗问题（包括过敏）：

2. 已经填写了在校服用授权表的、该生在参加实地考察或参加课外或联合课程活动时需要服用或管理的处方药：

3. 已经填写了在校服用授权表的、在紧急情况下需要由学生服用或管理的处方药：

家长签名 _____

学生签名 _____

签署日期 _____

签署日期 _____

如果已授权的医疗服务有限或没有提供授权，则请提供指导：

如果您许可您的孩子参与实地考察或活动，但没有授权提供医疗服务，请附上一份书面声明，指出您的孩子在旅行中受伤或生病时应当遵循的程序。

本表必须在所有旅行期间一直由主办方持有。