



SHIPPENSBURG AREA SCHOOL DISTRICT PARENT PERMISSION SLIP

تصريح أولياء الأمور – منطقة مدارس شيبينسبورغ

Name of Advisor/Teacher / اسم المستشار / المعلم _____

I hereby give my consent for / أقرّ بموجب هذا بموافقتي على

_____ to attend / حضور _____
(Student Name / اسم الطالب) (Name of Event / اسم الفعالية)

on / بتاريخ _____ and agree to release and indemnify Shippensburg Area School
(Date / التاريخ) وأوافق على إخلاء مسؤولية وتعويض مدرسة شيبينسبورغ الإقليمية /

District and its heirs, executors, administrators, agents, representatives, solicitors, and successors, and assume full and complete responsibilities, financial and otherwise, for any and all damages, injuries, liabilities, obligations, claims, litigations, expenses, judgements and proceedings whatsoever, which may at any time be imposed upon, incurred by or asserted or awarded against Shippensburg Area School District, which are not covered by the student's insurance and which arise out of or are in connection with the practice, services and techniques of the aforementioned program.

وأتحمل المسؤولية الكاملة والشاملة، المالية وغيرها، نيابةً عن المنطقة التعليمية وجميع ورثتها، والمنفذين، والإداريين، والوكلاء، والممثلين، والمحامين، والخلفاء، عن أي وجميع الأضرار، أو الإصابات، أو المسؤوليات، أو الالتزامات، أو المطالبات، أو الدعاوى القضائية، أو النفقات، أو الأحكام، أو الإجراءات من أي نوع كانت، والتي قد تُفرض أو تُتكدب أو يُطالب بها أو يُحكم بها ضد منطقة مدارس شيبينسبورغ في أي وقت، والتي لا يغطيها تأمين الطالب، والتي تنشأ عن أو تكون على صلة بممارسة أو خدمات أو أساليب البرنامج المذكور أعلاه.

In case of accident, injury or illness, I/we hereby authorize the student's advisor to take the above-named student to a physician or the emergency room of a hospital. It is imperative for the advisor to know whether your child has any allergies, handicaps or other health concerns.

في حال وقوع حادث أو إصابة أو مرض، أفوض بموجب هذا أنا/نحن مستشار الطالب بنقل الطالب المذكور أعلاه إلى طبيب أو إلى قسم الطوارئ في أحد المستشفيات. ومن الضروري أن يكون المستشار على علم بما إذا كان لدى طفلك أي حساسية، أو إعاقات، أو حالات صحية أخرى.

Please list: / يرجى ذكر:

Date of last Tetanus shot (if known) /

تاريخ آخر تطعيم ضد الكزاز (إن وُجد)

(Parent or Guardian Signature / توقيع ولي الأمر أو الوصي)

(Telephone Number/رقم الهاتف)

Transportation (will or will not) be furnished by District owned or contracted vehicle.

سيتم (أو لن يتم) توفير النقل بواسطة مركبة مملوكة للمنطقة التعليمية أو متعاقد معها.