**Wilderness Inner-city Leadership Development Program**

**紧急事件和医疗信息授权表**

**参与者姓名： 出生时期:**

**住址: 电话:**

**请填写下面的表格。如果答案为“是”，请在下面的空白处或单独的纸张上进行详细说明，并随此表一并提交：**

**您的孩子现在（或曾经）是否有以下情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患有哮喘或任何其他呼吸问题？如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 患有糖尿病?如有，是否需要胰岛素治疗? | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 是否有过敏反应(例如：食物，药物，蚊虫叮咬等)?如有，请列举: | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 患有癫痫，昏厥或眩晕等症状?如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 患有心脏病(例如：心脏杂音，心跳不规则等)?如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 需要饮食控制(例如：食物过敏，素食，乳糖不耐症等)?如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 患有饮食失调(例如：厌食症，贪食症等)?如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 是否怀孕？ | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 有颈/背/肩/膝/脚踝/手腕/手/臂方面的问题？ 如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |
| 是否有其他我们应特别注意的医疗问题/情况?如有，请列举： | 是\_\_\_\_\_ | 否\_\_\_\_\_\_ |

您的孩子是否正服用药物？ 是\_\_\_\_\_ 否\_\_\_\_\_\_

 如有，请列出所服用药物及服药时间：

**我已知悉并同意：**

 （参与者签名）

参与上述由InterIm 社区发展协会WILD部门及其合作伙伴举办的项目。我声明，任何源于参与该项目所产生的伤害，损失或人身伤害都不由WILD/InterIm的员工，志愿者或董事会负责。

以下签名人和上述参与者已知悉安全规定适用于上述活动，并特此同意遵守该规定和指导员和/或负责该计划的其他人员的所有指导。

我特此允许通过步行，公共汽车，汽车或其他方式带领我的孩子由该机构至户外进行实地考察。

我特此授权任何机构对活动参与者进行拍摄和录像，以用于推广WILD / InterIm项目，并收集必要的个人信息。

**签名: 日期:**

 (父母或监护人签名, 如果参与者不满18岁)

**清晰的签名: 与参与者的关系:**

医疗结构名称: 医疗身份证号码#

医生姓名: 电话:

一位额外的紧急联系人:

姓名 关系 电话