

父母同意书、肖像权免追究、医疗授权表格
(截至 2018 年 11 月 30 日, 未满 18 岁的未成年人必须填写)

团队名称: _____ 会员号码: 18 _-_____ 姓名: _____ 年龄: _____ 性别: _____

家庭住址: _____ 省 _____ 市 _____

团队名称: _____ 学校/机构名称: _____

挑战题目(圈选): A B C D E PO RS 4-12 文学音乐汇 12-18 终极目标

参与级别(圈选): 小学 初中 高中 大学 明日之星 创意家庭 4-12 创意家庭 12-18

家庭电话: (_____) _____ 备用电话号码: _____

紧急联系电话: (_____) _____

过敏症状和健康问题: _____

您的子女是否正在接受医疗? ☐ 是 ☐ 否

如果有, 请提供相关信息: _____

您的子女是否正在服用处方药? ☐ 是 ☐ 否

如果有, 请列出药物名称及相关说明: _____

列出您不希望子女服用的成药(非处方药): _____

此表格签名者将参加在中国·北京所举行的 DI 年度创新思维及综合素养成果展示。

我(我们)作为孩子的家长或监护人及在此表格上登记的人, 完全代表孩子意愿, 在以下情况下, 自愿放弃追究 DI 公司及其代理(包括但不限于目的地想象(北京)文化有限公司)、官员、董事会、志愿者及其雇员等的赔偿责任。也不能恶意诋毁或刻意伤害以上单位或个人。我(我们)也悉知组织机构为此次活动参与者购买了意外伤害保险和意外医疗保险。

a: 身体损伤的各种情况 b: 财产损失 c: 人身意外 d: 由于孩子参与 DI 年度创新思维及综合素养成果展示的相关活动时的突发状况, 包括活动的整个履行过程。

同时, 我(我们)作为参与者的家长或监护人, 在此完全同意孩子全身心的投入到 DI 年度创新思维及综合素养成果展示中。在活动期间, 如有必要, 我(我们)同意组委会带孩子去看医生或者接受医院治疗, 包括但不限于急救手术、医疗检查、药物及 X 射线。如果产生费用, 我们愿意承担所有的医疗账单。我(我们)明白, 如果必须进行医疗, 医院或相关人员会在第一时间联系我们。

假设孩子由于纪律或医疗原因必须回居住地接受医疗, 我们将承担所有的费用。

我(我们)同意孩子和他(她)的 DI 团队一起旅行, 也明白孩子的监督权授予指定的团队领导和其他一起同行的成人。该监督权包括但不限于登记住宿、决定每天日程、选择额外活动和各种交通方式。

在此, 我(我们)也毫无保留的同意 DI 中国区将活动现场的照片和/或视频公开播放。但此目的仅局限于推广宣传 DI 项目。

我(我们)非常明白在活动期间, 肯定会有各种互动活动的机会, 作为家长, 我(我们)完全同意也认同这些活动肯定存在一定的风险。

与此同时, 我(我们)同意自己的孩子可以结识来自各地的朋友、交换徽章、玩的开心尽兴, 也希望能给孩子留下一生难忘的美好记忆。

参与者签字: _____ 姓名(请写正楷): _____ 日期: _____

参与者母亲或者监护人签字: _____ 姓名(请写正楷): _____ 日期: _____

参与者父亲或者监护人签字: _____ 姓名(请写正楷): _____ 日期: _____