



VRYWARING
TOESTEMMING

Ek, _____ Ouer/voog van _____

_____ (volle name en van), gee hiermee my toestemming dat

Hy/sy die **Woord in Aksie Tienerkamp** te Woord in Aksie kampterein mag bywoon en aan al die bydrywighede mag deelneem. Ek versoek egter die verantwoordelike persone om op die volgende te let:

(Meld hier enige besonderhede in verband met u kind se gesondheid en/of enige bedrywighede waaraan hy/sy nie mag deelneem nie.)

INLIGTING BENODIG INGEVAL VAN MEDIESE-/HOSPITAAL BEHANDELING

1. NAAM EN ADRES VAN WERKGEWER: _____

2. NAAM VAN MEDIESE FONDS : _____

LIDNOMMER: _____

3. WOONADRES:Ouer/Voog: _____

TELEFOON: Huis: _____ Vader(werk): _____

SELL: _____ Moeder(werk) _____

4. NAAM EN ADRES VAN PERSOON MET GESKAKEL KAN WORD INDIEN DAAR NIE MET U IN VERBINDING GETREE KAN WORD NIE:

TELEFOON:Huis: _____ Werk: _____

Ek aanvaar dat alle redelike voorsorg getref sal word vir die veiligheid en welstand van my kind en dat ek verantwoordelik gehou sal word vir die betaling van mediese-en/of hospitaalrekening, indien van toepassing.

HANDTEKENING OUER/VOOG

ID NOMMER

DATUM

Let asseblief daarop dat deelname aan die Woord In Aksie Tiener kamp total en al op deelnemers se eie risiko geskied. WIA en al die organiseerders kan nie verantwoordelik gehou word vir enige beserings, verlies van lewe, skade- of verlies van deelnemers se persoonlike items, gelde en eiendomme nie.



INDEMNITY
LETTER OF CONCENT

I, _____ parent/guardian of _____

_____ (Name and Surname), hereby give my permission that he/she may attend

the **Word in Action Teencamp** at "Woord in Aksie" Campterein. I request that the person in charge take note of the following :

(Name any information concerning your child's health and/or any activities in which he/she may not participate.)

INFORMATION NEEDE IN CASE OF MEDICAL OR HOSPITAL TREATMENT

1. NAME & ADDRESS OF EMPLOYER: _____

2. NAME OF MEDICAL AID: _____

MEMBERSHIP NUMBER: _____

3. RESIDENTIAL ADDRESS: Parent/Gaurdian: _____

TELEPHONE: Home: _____ Father(work): _____

CELL: _____ Mother(work) _____

4. NAME AND ADDRESS OF CONTACT PERSON IN CASE OF AN EMERGENCY IF PARENT/GAURDIAN CANNOT BE REACHED:

TELEPHONE: Home: _____ Work: _____

I accept that all precautions will be taken to ensure the safety and welfare of my child and that I will be held responsible for payment of medical and/or hospital accounts, when/if necessary.

SIGNATURE OF PARENT/GAURDIAN

ID NUMBER

DATE

Please note that attendance of the Woord In Aksie Tiener camp is entirely at the participants own risk. WIA & all of its organizers cannot be held responsible for any injury, loss of life & damage or loss of the participants' personal items, monies or property.