



Спілка Української Молоді в Австралії Ukrainian Youth Association in Australia

Крайова Управа – National Executive

веб-сторінка: www.CYM.org/AU

е-майл: ky-australia@cym.org

Реєстраційна та Медична Анкета – Крайовий Табір СУМ

23го грудня, 2006р. – 2го січня, 2007р.

на оселі “Говерля”, НПВ

Ця інформація зібрана для Вашої безпеки на сумівських імпрезах. В разі потреби, Ваші деталі будуть передані тим особам, які провадять даною імпрезою, або табором. Ця інформація буде забезпечена, але Ви можете мати доступ до неї, коли Вам потрібно. Просимо виповнити цю анкету з Вашими даними та медичними інформаціями, щоб ми могли повідомити лікарів в разі потреби.

Реєстрація на табір означає, що ВСІ учасники зобов'язані брати участь в повній програмі визначеній таборовою командою та Виховниками.

Особисті Дані

Ім'я та Прізвище		Дата Народження	
Адреса			
Тел. (домашний)		Тел. (мобільний)	
Е-пошта			

Сумівські Дані

Рій		Вік	
Осередок та Патрон			

Контакт в разі термінової потреби

Ім'я та Прізвище		Родич	
Тел. (домашний)		Тел. (робочий)	
Тел. (мобільний)			
Ім'я лікаря		Тел. (лікаря)	

Медична Історія

Medicare Number (Reference Number)					
		Expiry Date			
Other Health Cover		Number			
<i>Просимо подати інформації, якщо Ви/Ваша дитина має одну, або більше з нижчеподаних хворіб.</i>					
Астма	Так		Ні		
Алергії	Так		Ні		
Захворювання серця	Так		Ні		
Цукриця/Діабет	Так		Ні		
Епілепсія	Так		Ні		
Кровотечий Розлад	Так		Ні		
Будь які поранення, або операція в останніх 12 місяцях?	Так		Ні		
Чи Ви носите окуляри, або контактні лінзи?	Так		Ні		
Чи Ви приймаєте ліки?	Так		Ні		
<i>Прошу подати додаткові інформації про Ваші вищезгадані хвороби.</i>					
Дата останньої прививної ін'єкції					
Плавання					
Я вмію плавати 50 метрів	Так		Ні		
Дієтичні Потреби					

План для Управління Астми

Ім'я та Прізвище		Дата Народження	
Назва регулярного лікування			
Кількість і щоденна доза			
Додаткове лікування на всякий випадок			
<i>Обов'язково, щоб учасник приніс зі собою вищезгадану медицину до табору.</i>			
<i>Учасники самолікуватимуться під наглядом виховника.</i>			
Дальші інформації			

План для Управління Алергії

Ім'я та Прізвище		Дата Народження		
Алергія				
Знаки та симптоми реакції				
Які медицини бере учасник в попереджуванні алергічної реакції?				
В разі алергічної реакції, яке трактування є рекомендоване?				
Чи учасник в минулому страждав від нижчеподаних реакцій:				
Проблеми з диханням, напухненням тіла, крайно-наглої ситуації?	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>
Чи учасник був в лікарні, щоб трактувати алергічну реакцію?	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>
Чи учасник лікується адреналіном в разі алергічної реакції (напр. Ері-Pen)?	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>
<i>Якщо Ви відповіли "Так" до повищих питань, мусите додати інформації від лікаря відносно запобігання алергії, та трактування в разі алергічної реакції. Участь в таборі залежить від згоди лікаря, Спільки Української Молоді, і родичів/ легального опікуна.</i>				

Дозвіл для вживання знімок

Я, нижчепідписаний, даю дозвіл Спілці Української Молоді, вживати будь-які фотографії з табору без жодної компенсації, оплати, або визнання в різних пресових матеріалах (напр. в обіжниках, виховних матеріалах, журналах, на офіційній веб-сторінці СУМ-у, та ін).	Так		Ні			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--	----	--	--	--

Вживання Авта

Я, нижчепідписаний, готовий вживати своє авто для перевезення учасників підчас табору.	Так		Ні		N/A	
----------------------------------------------------------------------------------------	-----	--	----	--	-----	--

Всі учасники табору, що мають авто, або право їхати автом, зобов'язані бути призначеними шоферами підчас табору. Список призначених шоферів буде вибраний лотерійною формою.

Нічліги

Я потребую нічліг перед, або після табору.	Так		Ні		N/A	
--------------------------------------------	-----	--	----	--	-----	--

Якщо Вам потрібно нічліг, просимо подати цю інформацію:

Дата Приїзду			
Дата Виїзду			

Дозвіл

В разі потреби, я даю команді/проводу табору повне право шукати всю можливу і потрібну медичну допомогу. Всі подані інформації на цій анкеті є правельні й точно подані.

Ім'я учасника		Ім'я нижчепідписаного	
Підпис			
		Дата	