



TOESTEMMINGS- EN VRYWARINGSVORM

Hiermee gee ek, _____, ouer/voog van (leerder se naam) _____ in graad _____, _____ (jaar) toestemming dat hy/sy van skoolvervoer gebruik mag maak, hetsy op of weg van die skoolterrein.

Ek besef dat my kind op eie risiko van bogemelde skoolvervoer gebruik maak.

Ek verleen verder toestemming dat die personeel van die skool, of 'n persoon wat deur die skool aangewys word, my kind na en van Merensky en _____ (dorp) mag vervoer.

In gevalle waar 'n opvoeder 'n leerder vrywillig en in 'n nie-amptelike hoedanigheid vervoer, word dit 'n reëling tussen die ouers en opvoeder, en aanvaar die skool geen verantwoordelikheid vir enige risiko's nie.

Ek neem kennis dat my kind onder die toesig van die personeel van die skool, of 'n persoon wat deur die skool aangewys word (bestuurder), sal wees, welke persoon/persone met die nodige sorg sal optree om die veiligheid van my kind te verseker. Ek besef voorts dat die personeel van die skool, persone wat aangewys word deur die skool (bestuurder), die beheerliggaam en die skool self nie aanspreeklik gehou kan word vir die verlies van enige persoonlike besitting of enige ander verlies of skade wat opgedoen of gely kan word nie. Daarom doen ek hiermee afstand van enige eis hoegenaamd teen die skool wat kan voortvloei uit enige skade of verlies vanweë deelname aan bogemelde aktiwiteite.

As ouer/voog verleen ek hiermee toestemming aan die verantwoordelike personeel van die skool, of 'n persoon wat deur die skool aangewys word, om dringende mediese hulp vir my kind te bekom indien dit nodig sou word ten tyde van sy/haar betrokkenheid by aktiwiteite waarop hierdie vrywaring betrekking het. Sover ek weet, verkeer die kind in goeie gesondheid. Die verantwoordelike persoon/persone word egter versoek om op die volgende te let: (Noem hier enige gebrek, gesondheidsrisiko, swakheid of afwyking waaraan u kind ly en/of enige spesiale bedrywighede waaraan u kind nie mag deelneem nie. Meld ook enige medisyne of allergieë.)

VEREISTE INLIGTING IN GEVAL VAN MEDIESE OF HOSPITAALBEHANDELING

Naam en adres van werkgewer

.....

Naam van mediese fonds

Mediesefondsnr

Mediesefondsplan/-opsie.....

Woonadres van ouer/voog

.....

.....

Telefoonnommers

Huis

Pa (werk) Pa (selfoon)

Ma (werk)

Ma (selfoon)

Huisdokter (naam en telefoonnommer)

Handtekening van ouer/voog

Datum