



د تفریح، پارکونو، او کلتوري فعالیتونو ډیپارټمنټ | د تفریحی خدماتو څانګه

د تنکیو ځوانانو د پروګرام د ثبت فارم

د تنکی ځوان نوم: _____ د تنکی ځوان تخلص: _____
 د زیرېدلو نیټه: _____ عمر: _____ جنسیت: _____ نارینه یا _____ ښځینه
 آدرس: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیږ کور: _____
 د تنکی ځوان د اړیکې شمیره: _____ د تنکی ځوان ایمیل: _____

د مور یا پلار / سرپرست معلومات:

نوم: _____ تخلص: _____ اړیکه: _____
 د کور د اړیکې شمیره: _____ د شخصې ټلیفون شمیره: _____ د کار ځای د اړیکې شمیره: _____
 ایمیل: _____

د بیرنۍ حالت د اړیکې معلومات:

د بیرنۍ اړیکې شخص باید د تنکی ځوان د مور یا پلار / سرپرست په استازیتوب د عمل کولو اجازه ولري

نوم: _____ تخلص: _____ اړیکه: _____
 شخصې / کور د ټلیفون شمیره: _____ د کار ځای د ټلیفون شمیره: _____
 آدرس: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیږ کور: _____

د بیرنۍ درملنې او د رفیع مسؤلیت تړون

(مهرباني وکړئ په هره کرښه کې د خپل نوم لومړني حروف ولیکئ ترڅو څرګنده کړئ چې تاسو معلومات لوستي، پوه شوي او منلي دي،
 بیا لاسلیک وکړئ او نېټه ولیکئ)

زه _____، د دې په پوهیدو سره چې د الیکسانډریا ښار د تفریحی، پارکونو، او کلتوري فعالیتونو ډیپارټمنټ د اوبو اړوند فعالیتونه ترسره کوي او د دې فعالیتونو په ګډون کې ټپ یا زیان امکان لري، پدې سره زه د الیکسانډریا ښار د تفریحی، پارکونو، او کلتوري فعالیتونو ډیپارټمنټ، د هغه کارکوونکي، افسران، نمایندگان او همکاران له هر ډول دعوې، مسؤلیت یا ستونزې څخه غیر مسئول ګڼم، که زه یا زما ماشوم په دې پروګرامونو کې د ګډون پر مهال کوم ټپ یا د ملکیت زیان وويني.

زه _____ تصدیق کوم چې خپل ځوان، چې د الیکسانډریا اوسیدونکی دی، اجازه ورکوم چې د الیکسانډریا ښار د تفریحی، پارکونو، او کلتوري فعالیتونو ډیپارټمنټ د تفریحی خدماتو برخې د بهرني حوض (Outdoor Pool) اسانتیاوې زما په نه شتون او/یا د لویانو د سرپرست/ساتونکي پرته وکاروي.

زه پوهیږم چې د بهرني حوض کارکوونکي او ژوند ژغورونکي به زما د ځوان لپاره د سرپرست په نه شتون کې د پاملرنې مسئول نه وي.

زه _____ د الیکسانډریا ښار د تفریحی، پارکونو، او کلتوري فعالیتونو ډیپارټمنټ، د تفریحی خدماتو برخې ته اجازه ورکوم چې د پورته نومول شوي ګډونوال لپاره په اضطراري حالت کې د درملنې خدمات ترلاسه کړي او ټول لګښتونه یې زه پرې ورکړم.

د ګډون کوونکي د مور یا پلار / سرپرست امضا: _____ تاریخ: _____

TO BE COMPLETED BY STAFF

دا برخه د کارکوونکو لخوا پکې کیږي

_____ Teens must have a current school ID or VA Driver's License with proof of Parents residency.

_____ Teens over 18 must have a current DMV picture ID or VA Driver's License with a city/school issued document.

Entered into RECTRAC _____ Photo Entered _____ FOB Issued _____ FOB or Pass #: _____

The above proof of residency was verified by me: Print Name: _____ Date: _____