



南加州中文學校聯合會 2008 年中華文化青少年夏令營

學員報名表 SCCC'S Chinese Culture Summer Camper Application Form PLEASE PRINT

本表填妥後，須於 5 月 16 日前〈郵戳為憑〉寄：葉敏芬, Ming-Fen Yeh, P.O. Box 7000-377, Rolling Hills Estates, CA 90274 請正楷填寫

報名須知	
1. 學員須在七歲至十七歲之間。	2. 請家長閱讀 Waiver Form 及本欄後簽名。
3. 報名支票一學員一張，抬頭為 SCCC'S。	4. 報名截止日：5 月 16 日。
5. 會員報名：支票請與本表一併交付貴校長彙整寄出	6. 錄取學員於六月底由各隊輔導員或監護人通知。
7. 非會員報名：個別郵寄至葉敏芬校長，Ming-Fen Yeh, 5920 Fincrest Dr., Rancho Palos Verdes, Ca 90275。	
8. 退費：報名後於 6 月 14 日週六(含)前，因故退出者，可領回 70% 的費用。	
9. 退費限制：6 月 15 週日(含)之後因任何理由退出者均不予退費。	
10. 申請退費請撥專線：(310) 541-5096 葉敏芬副會長，Ming-Fen Yeh	
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____	

中文學校 校名		<input type="checkbox"/> 會員學校每人 \$340 <input type="checkbox"/> 非會員學校每人 \$380 <input type="checkbox"/> Check#	<input type="checkbox"/> 我從未參加本會主辦之夏令營 <input type="checkbox"/> 我曾參加_____年本會夏令營 我的制服尺寸是 <input type="checkbox"/> S, <input type="checkbox"/> M, <input type="checkbox"/> L
學員 中文姓名	學員 英文姓名	性別 男 女	出生 日期 / / Month/ Date/ Year
父親 中文姓名	父親 英文姓名	聯絡 電話	() - Email:
母親 中文姓名	母親 英文姓名	聯絡 電話	() - Email:
住址		電話	() -

學員現在與 ☐ 父親， ☐ 母親， ☐ 父母親， ☐ 監護人同住上述住址

緊急聯絡人 姓名	關係	聯絡 電話	手機 電話
-------------	----	----------	----------

學員特殊需求

飲食限制： ☐ 無特別限制， ☐ 素食， ☐ 對下列食物過敏_____， ☐ 其它 (請說明)_____

身體狀況： ☐ 正常， ☐ 氣喘， ☐ 殘障， ☐ 其它 (請說明)_____

服藥狀況： ☐ 無特別需要， ☐ 需長期或隨時服用特定藥物， ☐ 其它 (請說明)_____

Authorization for Emergency / Medical Care and Claim Waiver

I _____ (Print Parent Name) request that the above-mentioned applicant be permitted to participate in the **Chinese Culture Summer Camp** (from 6/29/2008 to 7/4/2008) sponsored by the **Southern California Council of Chinese Schools (SCCCS)**. He/She is in excellent physical condition. Should he/She becomes ill or injured at the camp, may receive necessary first aid or medical attention by a licensed physician or nurse, or be admitted to a hospital in case of an emergency. This authorization is given pursuant to Section 25.8 of Civil Code of California and remains effective only for the event and time period specified above.

I will not hold SCCC'S or its officers, teachers, and helpers liable for the above activity and medical aid rendered. I understand this activity is voluntary and he/she has my permission to participate in it. I also understand that there are certain risks involved in this activity, including, but not limited to, accidents, injuries, illness or death while traveling to and from said activity, and/or in the course of the activity, and/or the potential for property damage and/or loss. I will reimburse SCCC'S for medical or other expenses incurred in his/her care

Family Health/Accident Insurance Co. _____ Policy #: _____

Parent/ Guardian

Applicant

Signature: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____