



McJannetrylaan, Baysville, Oos Londen, 5241

## VRYWARINGSVORM

Ek, die ondergetekende, die wettige ouer/voog

van \_\_\_\_\_ in graad \_\_\_\_\_

gee hiermee toestemming dat hy/sy die \_\_\_\_\_ vir die

tydperk \_\_\_\_\_ die volgende aktiwiteit mag

bywoon: \_\_\_\_\_

Verder vrywaar ek die Hoërskool Grens en sy personeel absoluut en onherroeplik van enige en alle aanspreeklikheid (growwe nalatigheid en opset uitgesluit) wat mag ontstaan gedurende of as gevolg van die meemaak van die kamp/wedstryd/toer/uitstappie, reis na en van die bestemming, sowel as reise tydens die bogenoemde aktiwiteit onderneem.

Ek gee toestemming aan die organiseerders om enige mediese behandeling wat nodig mag wees toe te pas.

Ek verklaar dat, na die beste van my wete, genoemde persoon nie aan enige aansteeklike siektes ly nie.

Spesiale omstandighede (bv. gebreke, allergieë, nie aansteeklike siektes of toestande, ens.) ten opsigte van bogenoemde waarvan die organiseerders na my mening kennis moet dra:

\_\_\_\_\_

## DIE VOLGENDE MOET DEUR DIE OUER/VOOG VOLTOOI WORD

Naam van mediese fonds: \_\_\_\_\_ Hooflid: \_\_\_\_\_

Mediese fondslidnommer: \_\_\_\_\_

Identiteitsnommer: Leerder: \_\_\_\_\_ Ouer: \_\_\_\_\_

Woonadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnommer: Vader: \_\_\_\_\_ Moeder: \_\_\_\_\_

Voog: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
HANDTEKENING VAN OUER/VOOG

\_\_\_\_\_  
DATUM