



Posbus/P.O.Box 10552, Strubenvale, 1570
17 Singelhurstweg/Road, Casseldale, Springs, 1559
Tel: +27 11 815 3000 | **Faks/Fax:** +27 11 362-5233
E-pos/E-Mail: admin@lefra.co.za | **Web:** www.revues.co.za

VRYWARINGSVORM

SKOOL: _____

Ek, die ondergetekende, _____ (naam en van),
identiteitsnommer _____ gee hiermee toestemming dat my kind/voogdy _____
_____ (volle naam van deelnemer) aan die Revue 2024- kompetisie en –
opname mag deelneem, en daarheen en terug vervoer mag word. Die kind/voogdy se deelname vind plaas by Carnival City
op _____.

Ek aanvaar dat alle redelike voorsorg getref sal word vir die veiligheid en welstand van my kind en dat ek verantwoordelik
gehou sal word vir die betaling van mediese en/of hospitaalrekeninge, indien van toepassing, in geval van 'n besering wat
nie aan die nalatigheid van die verantwoordelike personeel toegeskryf kan word nie.

Ek vrywaar hiermee Lefra Produksies, Carnival City, 'n moontlike uitsaaier en hul werknemers (wat insluit onafhanklike
kontraakteurs besig met dienslewering, personeel, beamptes, organiseerders, aanbieders en beoordeelaars of enige ander
derglike persoon wat betrokke is by die afrigting, organisering en reëlins van enige skoolaktiwiteite) teen enige eise met
betrekking tot beserings, dood of skade (waarby gevolgsade en diefstal ingesluit is), wat deur genoemde deelnemer gely
mag word tydens die vervoer na / of van die aktiwiteite of tydens die periode waarin die aktiwiteite aangebied word.

Ek erken dat die organiseerder, skool, die verantwoordelike skoolpersoneel en behulpame lede van die skoolgemeenskap
nie aanspreeklik is vir enige vorderings weens die dood of beserings of enige skade of verlies wat mag ontstaan uit die
deelname deur my kind aan enige skoolaktiwiteite nie, hetsy kurrikulêr of buitekurrikulêr, van welke aard ookal en
voortspruitend uit welke oorsaak ookal.

Ek dra my magte as ouer/voog aan die hoof van die skool of sy verteenwoordiger oor indien mediese behandeling/chirurgiese
ingreep vir my kind nodig mag wees. Sover ek weet, verkeer hy/sy in goeie gesondheid.

Die volgende inligting is noodsaaklik in geval van mediese behandeling of hospitalisasie:

NAAM VAN MEDIESE FONDS: _____

LIDNOMMER: _____

WOONADRES: _____

POSKODE: _____

PA: _____ **E-POS:** _____

TEL: _____ **SEL:** _____

MA: _____ **E-POS:** _____

TEL: () _____ **SEL:** _____

MEDIESE TOESTANDE VAN
DEELNEMER (ALLERGIEë,
ENS.):

Geteken te _____ op hierdie _____ dag van _____ 2024.

NAAM: VOOG

HANDTEKENING