



**Die Voortrekkers  
LeMetsi**  
GGN2019/21



**11 Oktober tot 13 Oktober 2019**

**Vorm “E”**

**VRYWARING**

**NB: Moet ingevul word vir elke Volwasse en Jeuglid**

Ek / Ons die ondergetekende Ouer/s Voog/de van: \_\_\_\_\_  
vrywaar hiermee die Voortrekkerbeweging en al sy amptenare van enige skade uitgesonderd skade veroorsaak deur growwe nalatigheid hetsy gebaseer op geldelike verlies, uitgawes aangegaan in verband met sodanige skade, eise vir pyn en leiding, eise vir verlies van toekomstige inkomste of watter ander eiendom van bogenoemde kind terwyl kind betrokke is by enige aktiwiteit en/of reis op pad na of van enige perseel waar sodanige aktiwiteit aangebied word, en welke aktiwiteit deur die Voortrekkerbeweging of enige van sy verteenwoordigers op enige vlak georganiseer is of by betrokke is.

Ek stel hiermee die gemagtigde verteenwoordiger van die Voortrekkerbeweging aan wat in bevel mag wees tydens enige voorval waar bogenoemde lid mag beseer word om namens my in my plek tot chirurgiese of mediese prosedures en/of toediening van narkose wat mag nodig wees as gevolg van enige besering aan die persoon van bogenoemde kind sowel as die aangaan van mediese koste in verband met bogemelde toe te staan.

Ek waarborg hiermee dat ek self die reg het om tot sodanige optrede in te stem. Ek onderneem om enige van die bogenoemde koste op aanvraag te betaal en onderneem om die Voortrekkerbeweging en/of enige van sy openbare amptenare en/of enige van sy verteenwoordigers te vergoed vir en te vrywaar van enige van hierdie kostes wat aangegaan mag word in hierdie verband. Ek bevestig dat enige mediese rekening direk aan my gestuur kan word.

Geteken te \_\_\_\_\_ Op hierdie \_\_\_\_\_ dag van \_\_\_\_\_ 2019

Ouer naam: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Poskode: \_\_\_\_\_

Huis Tel: \_\_\_\_\_ Sel (Pa): \_\_\_\_\_

Werk Tel: \_\_\_\_\_ Sel (Ma): \_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_ E-pos: \_\_\_\_\_

**Persoon verantwoordelik vir Mediese Koste:**

Naam: \_\_\_\_\_ I.D. Nr: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Werkgewer : \_\_\_\_\_

Mediese Fonds: \_\_\_\_\_ Med Fonds Nr: \_\_\_\_\_

Huisdokter Tel: \_\_\_\_\_ Huisdokter naam: \_\_\_\_\_

Allergie/ë of liggaamlike gestremphede: \_\_\_\_\_