

# 参与者信息

**同意书**

**会员号:**



请完整填妥表格，将电子版提交给您所属的组委负责人；

无组委地区请提交给DI中国区.

性别:  女  男 出生年月日 (年年年年／月月／日日)  **/ /**

目前就读  小学 年级  初中 年级  高中 年级  大学 年级

姓名

# 家长／监护人信息

手机号2：

电子邮箱：

家庭地址：

手机号1：

姓名

**紧急联系方式**

**健康问题／过敏**

请写出在紧急情况下我们应该了解的信息，例如正在服用的处方药。您也可以写出不希望给予孩子的非处方药。

**紧急联系电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

如果我们无法通过上述手机号与您联系，请写出在紧急情况下我们应该联系的个人电话号码，如果有区号或分机号也必须提供。

**家长同意书／自我同意书**

**免责声明／医疗同意书**

我（我们）了解此表格列出的参与者将参加DI目的地想象赛事活动。

我作为此同意书所填写的参赛者的家长或监护人，在以下情况下，自愿放弃追究DI公司及其代理（包括但不限于目的地想象（北京）文化有限公司）、官员、董事会、志愿者及其雇员的赔偿责任：身体损伤、财产损失、人身意外、损失服务，或是上述未提及的情况发生而导致我的孩子无法参与DI相关活动，包括前往及离开活动场所的路程。

## 肖像免追究同意书

我（我们）自愿地、毫无保留地同意DI公司及其代理（包括但不限于目的地想象（北京）文化有限公司）发布我的孩子在DI活动期间所拍摄的影像，用作DI的宣传目的。

## 未满18岁参与者的医疗授权书:

此外，我（我们）作为此同意书所填写的参赛者的家长或监护人，同意孩子去看医生或者接受医院治疗，包括但不局限于急救手术、医疗检

查、药物及其X 射线。如果产生费用，我（我们）愿意支付所有的医疗费用。我（我们）明白，如果必须进行医疗，医院或相关人员会在第

一时间联系我们。假设孩子由于医疗原因或是任何其它原因必须回家接受医疗，我（我们）将承担所有的费用。

## 徽章制作准则

如果我（我们）设计或制作了任何徽章，我（我们）同意并遵守所有由DI公司及DI组委会所制定的准则，例如避免侵犯版权和使用许可的徽

章制造商。相关信息请访问[www.destinationimagination.org/pin-vendors.](http://www.destinationimagination.org/pin-vendors)

*我是此表格所述参与者本人（年满18岁以上），或是未满18岁参与者的家长或监护人。我同意上述协议的所有内容。*

年满18岁参与者签名： 日期：

未满18岁参与者的家长／监护人签名： 日期：：