

Date: 4<sup>th</sup> October, 2024.

**Subject: Swimming Requisition and Parental Consent Form.**

Family ID: .....

Student's Name: .....

Grade: .....Section .....

Dear Parents,

We are pleased to inform you that Crown Private School will be offering a free-swimming coaching **program from Grade 1- 12**, once a week, over a period of two months. The goal is to ensure that every child in the school can learn and enjoy swimming in a safe and supervised environment.

Please read the details below carefully and complete the consent form by signing at the bottom.

**Details of the Program:**

- **Duration:** 2 months.
- **Frequency:** Once a week.
- **Cost:** Free of charge.
- **Supervision:** Students will be under the guidance of certified swimming coaches, with lifeguards on duty at all times.
- **Alternative Activity:** For students who opt out of the swimming lessons, alternative activities will be provided on the school premises.

**Health and Safety Precautions:**

- Students will be closely supervised by qualified coaches and trained lifeguards.
- The pool will be regularly cleaned and maintained, ensuring hygienic conditions.
- All students are required to wear appropriate swimwear, swimming caps, and goggles.
- Students must follow all instructions provided by the swimming staff for their safety.
- Parents are required to disclose any health conditions, allergies, or concerns that may affect their child's participation in the swimming program. This includes but is not limited to asthma, skin conditions, heart conditions, or any other medical issue.

**Medical Conditions (if any):** Please indicate below any medical conditions, allergies, or health risks that may affect your child's participation in swimming activities:

.....  
.....

**Medical Condition(s):**

In case of a medical condition that restricts your child from participating in swimming, please consult a physician and attach a medical certificate for the school's reference.

**Parent Consent:**

I, the undersigned, hereby give my consent for my child to participate in the swimming coaching program provided by Crown Private School. I confirm that I have informed the school of any relevant health conditions and understand the precautions being taken. I accept the responsibility to inform the school of any changes to my child's health that may affect their participation in this activity.

I also understand that if my child opts out of the swimming program, they will be engaged in an alternative activity at school.

Parent/Guardian's Name: ..... Contact Number: .....

Parent/Guardian Signature: ..... Date: .....

**Important:**

- Please return this signed form to the school by **Wednesday 9<sup>th</sup> October, 2024.**
- For any queries or concerns, feel free to contact the school administration.

Thank you for your cooperation.

Best Regards,



**Dr. Kishor Pillai**  
Director / Principal

التاريخ: 4 أكتوبر 2024.

## الموضوع: نموذج الاشتراك بحصص السباحة.

رقم العائلة: .....

اسم الطالب/ة: .....

الصف/الشعبة: .....

أولياء الأمور الأعزاء:

يسعدنا إعلامكم أن مدرسة كراون الخاصة ستقدم برنامج تدريب حصص سباحة مجاني لطلبة الصفوف من الأول وحتى الثاني عشر، مرة واحدة في الأسبوع لمدة شهرين، والهدف من هذا النشاط هو ضمان تعلم السباحة والاستمتاع في بيئة آمنة وتحت الإشراف. يرجى قراءة التفاصيل أدناه بعناية واستكمال نموذج الموافقة بالتوقيع أدناه:

تفاصيل البرنامج:

• المدة: شهرين.

• التكرار: مرة واحدة في الأسبوع.

• الرسوم: مجاناً.

• الإشراف: سيكون الطلبة تحت إشراف مدربي سباحة معتمدين، مع وجود منقذين في جميع الأوقات.

• الأنشطة البديلة: بالنسبة للطلبة الذين سيختارون عدم المشاركة في حصص السباحة، سيتم توفير أنشطة بديلة في المبنى المدرسي.

احتياطات الصحة والسلامة:

• سيتم الإشراف عن كثب على الطلبة من قبل مدربين ومنقذين مؤهلين.

• سيتم تنظيف المسبح وصيانته بانتظام، مما يضمن العوامل الصحية المناسبة.

• يجب على جميع الطلبة ارتداء ملابس السباحة المناسبة وقبعات السباحة والنظارات الواقية.

• يجب على الطلبة اتباع جميع التعليمات المقدمة من قبل موظفي المسبح من أجل سلامتهم.

• يجب على أولياء الأمور الإبلاغ عن أي حالات صحية أو حساسية أو مخاوف قد تؤثر على مشاركة أبنائهم في برنامج حصص السباحة، وهذا يشمل على سبيل المثال: حالات الربو أو الحساسية أو أمراض القلب أو أي مشكلة طبية أخرى.

الحالات الطبية (إن وجدت): يرجى الإشارة أدناه إلى أي حالات طبية أو حساسية أو مخاطر صحية قد تؤثر على مشاركة ابنكم/ابنتكم في حصص السباحة:

.....  
.....

الحالة الطبية:

في حال وجود حالة طبية تمنع ابنكم/ابنتكم من المشاركة في حصص السباحة، يرجى استشارة الطبيب وإرفاق شهادة طبية للرجوع إليها عند الحاجة.

موافقة ولي الأمر:

أنا، الموقع أدناه، أُمح موافقتي لمدرسة كراون الخاصة على مشاركة ابني/ابنتي في برنامج تدريب حصص السباحة، وأقر بأنني أبلغت المدرسة بأي حالات صحية وأفهم الاحتياطات التي يجب اتخاذها، وأنحمل مسؤولية إبلاغ المدرسة بأي تغييرات تطرأ على صحة ابني/ابنتي والتي قد تؤثر على مشاركته في هذا النشاط.

أوافق أيضًا أنه إذا اختار ابني/ابنتي عدم المشاركة في برنامج حصص السباحة، فسوف يشارك في نشاط بديل في المدرسة.

اسم ولي الأمر / الوصي: .....

التوقيع: ..... التاريخ: .....

معلومات هامة:

← يرجى إعادة هذا النموذج الموقع إلى المدرسة قبل يوم الأربعاء الموافق 9 أكتوبر 2024.

← لأي استفسارات أو مخاوف، لا ترددوا في التواصل مع إدارة المدرسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم الدائم معنا.