



Posbus 437 Menlyn, 0063  
 Sel: 082 7748 529 (John de Kock)  
 E-pos: john@act-touring.com  
 Web: www.act-touring.com

Registered as a Close Corporation: 2009/177240/23

## REGISTRASIEVORM

Vandag se Datum: _____	Bestemming: _____
------------------------	-------------------

**DRUKSKRIF ASB**

TITEL:	Mnr	Mev	Mej	Dr	Ander
--------	-----	-----	-----	----	-------

Van: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Posadres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontak Nommers:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Werk)

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Huis)

\_\_\_\_\_ (Sel)

\_\_\_\_\_ (E-pos)

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

ID Nummer: \_\_\_\_\_

Paspoort nommer: \_\_\_\_\_

Verval datum: \_\_\_\_\_

Datum van uitreik: \_\_\_\_\_

## MEDIËSE INLIGTING

Lengte:	Gewig:		
Het u enige fisiese gebreke wat u mag beperk om die taak uit te voer waarvoor u aansoek gedoen het? <table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NEE</td></tr> </table>	JA	NEE	Indien ja, verduidelik asb:
JA			
NEE			
Het u enige kroniese siektes of allergieë? <table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NEE</td></tr> </table>	JA	NEE	Indien ja, verduidelik asb:
JA			
NEE			
Het u enige psigiese ongesteldhede (bv. depressie, skisofrenie)? <table border="1" style="float: right; margin-left: 10px;"> <tr><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">NEE</td></tr> </table>	JA	NEE	Indien ja, verduidelik asb:
JA			
NEE			
Het u enige spesiale dieet behoeftes?	Indien ja, verduidelik asb:		

JA  
NEE

Neem u huidiglik of op 'n gereelde basis medikasie?

Indien ja, verduidelik asb:

**Kontak besonderhede in geval van nood:**

Naam van dokter:

Tel Nommer:

Ander kontak naam en van:

Verwantskap:

Tel Nommer:

# VRYWARING VAN AANSPREEKLIKHEID-OOREENKOMS

## VRYWARING

### OM VOLTOOI TE WORD DEUR PERSONE OOR 21 JAAR

Ek, \_\_\_\_\_ die ondergetekende, doen hiermee afstand van enige eise van enige aard teen Adventure and Cultural Tours, wat ek, my erfgename, afhanklikes, administrateurs, eksekuteurs, mag hê as gevolg van openbare geweld, politieke oproer, arrestasie, deportasie of enige rede vir 'n aanval, ongeluk, siekte en/of enige beserings en/of verlies van of skade aan besittings of enige gevolglike verlies van enige aard of oorsaak hoegenaamd, mag ontstaan gedurende of voortspruitend uit my betrokkenheid met Adventure and Cultural Tours,

VAN (dag) \_\_\_\_\_ Maand \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ TOT (dag) \_\_\_\_\_ Maand \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Ek sal my onderwerp aan die leiding, beleid en prosedures van Adventure and Cultural Tours soos aan my gekommunikeer. Ek magtig hiermee Adventure and Cultural Tours, om in die geval van 'n besering toestemming te gee tot mediese noodbehandeling en ek stem toe dat ek verantwoordelik is vir die volle betaling van sodanige behandeling. Ek bevestig hiermee dat ek die bestaande verklaring gelees het en dat ek ten volle die inhoud en gevolge van die vrywaringsvorm verstaan.

ALDUS GETEKEN TE \_\_\_\_\_ OP DIE \_\_\_\_\_ DAG VAN \_\_\_\_\_ VAN 20 \_\_\_\_

Handtekening: Deelnemer

Getuie 1

Getuie 2

### OM VOLTOOI TE WORD DEUR PERSONE ONDER DIE OUDERDOM VAN 21 JAAR

Ek, \_\_\_\_\_ die ondergetekende, bygestaan deur my ouer(s) of wetlike voog, \_\_\_\_\_ doen hiermee afstand van enige eise van enige aard teen Adventure and Cultural Tours, wat ek, my erfgename, afhanklikes, administrateurs, eksekuteurs, mag hê as gevolg van openbare geweld, politieke oproer, arrestasie, deportasie of enige rede vir 'n aanval, ongeluk, siekte en/of enige beserings en/of verlies van of skade aan besittings of enige gevolglike verlies van enige aard of oorsaak hoegenaamd, mag ontstaan gedurende of voortspruitend uit my betrokkenheid met Adventure and Cultural Tours,

VAN (dag) \_\_\_\_\_ Maand \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ TOT (dag) \_\_\_\_\_ Maand \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Ek sal my onderwerp aan die leiding, beleid en prosedures van Adventure and Cultural Tours soos aan my gekommunikeer. Ek magtig hiermee Adventure and Cultural Tours, om in die geval van 'n besering toestemming te gee tot mediese noodbehandeling en ek stem toe dat ek verantwoordelik is vir die volle betaling van sodanige behandeling. Ek bevestig hiermee dat ek die bestaande verklaring gelees het en dat ek ten volle die inhoud en gevolge van die vrywaringsvorm verstaan.

ALDUS GETEKEN TE \_\_\_\_\_ OP DIE \_\_\_\_\_ DAG VAN \_\_\_\_\_ VAN 20 \_\_\_\_\_

Handtekening: Ouer/Voog

Getuie 1

Getuie 2

---

---