

**طالب علم کی معلومات**

طالب علم کا آخری نام	طالب علم کا پہلا نام	درمیانے نام کا پہلا حرف
تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ)	جنس	او ایس آئی ایس ائی ڈی #
والدین / سرپرست (جن کے ساتھ طالب علم رہائش پذیر ہے)	والدین / سرپرست کا پہلا نام	رشتہ
والدین کی ترجیحی رابطہ زبان (تحریری)	والدین کی ترجیحی رابطہ زبان (زبانی)	
گھر کا فون	کام کا ٹیلیفون	سیل فون
ای میل		
پتہ (گھر کا نمبر)	اپارٹمنٹ #	
شہر	ریاست	زپ کوڈ
دیگر والدین / سرپرست کا آخری نام	دیگر والدین / سرپرست کا پہلا نام	دیگر رشتے
دیگر والدین / سرپرست کی ترجیحی رابطہ زبان (تحریری)	دیگر والدین / سرپرست کی ترجیحی رابطہ زبان (زبانی)	
گھر کا دیگر فون	کام کا دیگر ٹیلیفون	دیگر سیل فون
دیگر ای میل		
دیگر پتہ (گھر کا نمبر)	دیگر اپارٹمنٹ #	
دیگر شہر	ریاست	دیگر زپ کوڈ

**ہنگامی صورت میں رابطے**

ذیل میں تین (3) ایسے اشخاص کے نام دیں جنہیں ہنگامی صورت میں یا اگر بچہ بیمار ہو جائے تو فون کیا جا سکے۔  
بچے کو صرف اس کارڈ میں درج کیے گئے اشخاص کے حوالے کیا جائے گا۔

نام	ٹیلیفون	رشتہ

**رسائی نہیں ہے**

اگر کوئی ایسا شخص ہے جس کو آپکے بچے تک رسائی نہیں ہونی چاہیئے، برائے مہربانی ذیل میں نشان دہی کریں:

نام	رشتہ	حکم نامہ برائے تحفظ موجود ہے؟
		<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں

## طبی معلومات

ڈاکٹر / کلینک کا نام \_\_\_\_\_ ٹیلیفون \_\_\_\_\_

### طبی تنبیہ

کیا بچے کی کوئی ایسی صحت کی صورت حال ہے جو اسکی جسمانی سرگرمیوں میں حصہ لینے پر اثر انداز ہوتی ہے؟  جی ہاں  جی نہیں  
(مثلاً، سیڑھیاں چڑھنا، جم میں حصہ لینا) محدود استطاعت \_\_\_\_\_

ایلیجیز \_\_\_\_\_

اس سال کے لیے 504 خدمات؟  جی ہاں  جی نہیں پچھلے سال؟  جی ہاں  جی نہیں

میرے بچے کے پاس یہ ہے (قابل اطلاق پر X کا نشان لگائیں):  نجی طبی بیمہ  میڈیکل  صحتی بیمہ نہیں ہے

اگر "صحتی بیمہ نہیں ہے"، کیا آپ اس کارڈ پر ہم سے بیمے کے انتخابات کے بارے میں جاننے کے لیے اپنی رابطہ معلومات دینا چاہیں گے؟  جی ہاں  جی نہیں

اگر آپ کا بچہ بیمار یا زخمی ہو جائے اور مندرجہ بالا نامی افراد سے رابطہ ممکن نہ ہو سکے تو آپ اسکول سے کیا کرنے کی خواہش رکھتے ہیں؟

یہ طے شدہ ہے کہ کسی ہنگامی صورت کے حتمی مرحلے میں، اسکول کے ارباب اختیار کا فیصلہ حتمی ہو گا۔ والدین کی مذکورہ بالا تجویز کا حتی الامکان احترام کیا جائے گا۔

## بھائی بہن

بھائی بہن جس اسکول میں شرکت کرتا ہے

بھائی / بہن کا پہلا نام

بھائی / بہن کا آخری نام


## والدین / سرپرست کے دستخط

اگر اس کارڈ میں کوئی تبدیلی ہوئی پرنسپل کو تحریر میں مطلع کیا جائے گا۔

والدین / سرپرست کے دستخط \_\_\_\_\_

## FOR SCHOOL USE ONLY / صرف اسکول کے استعمال کے لیے

صرف اسکول کے عملہ کے ذریعے مکمل کیا جانا چاہیے

گریڈ \_\_\_\_\_ کلاس \_\_\_\_\_ کمرہ نمبر \_\_\_\_\_ استاد \_\_\_\_\_

ذیل میں ہنگامی صورت میں، بیماری یا چوٹ لگنے پر رابطے لکھیں۔ صحتی ریکارڈ سے متعلقہ ریکارڈز

تاریخ	رابطہ	وجہ	فیصلہ