



## প্রবেশাধিকার নেই

যদি এমন কোনও ব্যক্তি থাকে যাকে শিক্ষার্থীর কাছে আসতে দেয়া যাবে না, অনুগ্রহ করে তার নাম উল্লেখ করুন:  
অনুগ্রহ করে আপনার স্কুলে 'অর্ডার অভ প্রটেকশন' (আদালত থেকে সুরক্ষার আদেশ)-এর একটি কপি জমা দিন।

নাম	সম্পর্ক	'অর্ডার অভ প্রটেকশন' (আদালত থেকে সুরক্ষার আদেশ) আছে কি?	আদালতের দেওয়া আদেশের কার্যকারিতার তারিখ
		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	

## স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য

ডাক্তার/ক্লিনিকের নাম: \_\_\_\_\_ ফোন: \_\_\_\_\_

অ্যালার্জিস্ট/ইমিউনোলজিস্ট  কার্ডিওলজিস্ট  ডার্মাটোলজিস্ট  ডেভেলাপমেন্ট-বিহেভিয়ারাল স্পেশালিস্ট

নিউরোলজিস্ট  পালমনোলজিস্ট  অন্যান্য \_\_\_\_\_

### স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত সতর্কতা

শিক্ষার্থীর কি এমন কোনও স্বাস্থ্যগত বিষয় আছে যা তার শারীরিক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের জন্য ক্ষতিকারক?  হ্যাঁ  না

সীমাবদ্ধতা

(যেমন, সিঁড়ি বেয়ে উঠা, জিম-এ অংশগ্রহণ)

জানা নির্ণিত অসুস্থতাসমূহ (অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবগুলো চিহ্নিত করুন)

হাঁপানি (অ্যাজমা)  খিঁচুনি  অ্যালার্জি/অ্যানাফিলাক্সিস  ডায়াবেটিস  কোনোটিই নয়  অন্য \_\_\_\_\_

অ্যালার্জিসমূহ (প্রযোজ্য সবকটি চিহ্নিত করুন)

দুধ  ডিম  চিনা বাদাম  গাছের বাদাম (অন্য বাদাম) \_\_\_\_\_  মাছ

শেলফিশ  সয়া  গম  অন্য \_\_\_\_\_

আমার সম্ভাব্য উল্লিখিতটি আছে (প্রযোজ্যটিতে X চিহ্ন দিন):  বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমা  মেডিকেইড  কোনো স্বাস্থ্য বিমা নেই

যদি "স্বাস্থ্য বিমা না থেকে থাকে", তাহলে ইনসুরেন্সের অপশনগুলো সম্পর্কে জানার জন্য আপনি কি এই কার্ডে দেয়া আপনার যোগাযোগের তথ্য শেয়ার করতে ইচ্ছুক?  হ্যাঁ  না

এটা বোধগম্য যে, কোনও জরুরী পরিস্থিতিতে, চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণে স্কুল কর্তৃপক্ষের বিবেচনা প্রাধান্য পাবে।

উপরিউল্লিখিত পিতামাতার পরামর্শসমূহ যতটা সম্ভব মানা হবে।

## ভাইবোন

ভাই বা বোনের শেষ নাম	ভাই বা বোনের প্রথম নাম	ভাই বা বোন যে স্কুলে যায়

## পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

- এই বক্তৃতি বেছে নিয়ে, বিভিন্ন অনুষ্ঠান, হালনাগাদ সংবাদ, এবং আমার স্কুল কমিউনিটির সাথে সম্পর্কযুক্ত অন্যান্য বিষয়ে, আমি নির্বাচিত স্কুল, ডিস্ট্রিক্ট, এবং/অথবা সিটির নেতৃত্বশীল স্বেচ্ছাসেবী পিতামাতাদের আমার সাথে যোগাযোগ করার সম্মতি দিচ্ছি।
- এই বক্তৃতি বেছে নিয়ে, আমি এই মর্মে সম্মতি দিচ্ছি যে, বিভিন্ন অনুষ্ঠান এবং আমার স্কুল কমিউনিটির সাথে সম্পর্কযুক্ত অন্যান্য বিষয়ে আমি যেন অবহিত হতে পারি, সেজন্য আমার সাথে যোগাযোগের তথ্য নির্বাচিত স্কুল, ডিস্ট্রিক্ট, এবং/অথবা সিটির নেতৃত্বশীল স্বেচ্ছাসেবী পিতামাতাদের সাথে শেয়ার করা যাবে।

এই কার্ডের কোনও তথ্য পরিবর্তিত হলে, তা প্রিন্সিপ্যালকে লিখিতভাবে অবহিত করা হবে

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

## FOR OFFICE USE ONLY / শুধুমাত্র অফিস কর্তৃক ব্যবহারের জন্য

শুধুমাত্র স্কুল কর্মী দ্বারা পূরণ করার জন্য। / To be completed by school staff only.

Grade \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_ Room No. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record

Date	Contact	Reason	Disposition