

کوئی رسائی نہیں

اگر کوئی ایسا شخص ہے جسکی آپکے بچے تک رسائی نہیں ہونی چاہیے، برائے مہربانی درج کریں:
برائے مہربانی تحفظ کا حکم نامے کی ایک نقل اپنے بچے کے اسکول میں جمع کروائیں۔

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

صحت سے متعلق معلومات

ڈاکٹر / کلینک کا نام _____

الرجیسٹ / امینولوجسٹ ماہر قلب ماہر جلدی امراض (ڈرماٹولوجسٹ) نشو و نما-طرز عمل کا ماہر
 اعصابی بیماریوں کا معالج (نیورالوجسٹ) بھیہڑوں کی بیماریوں کا معالج (پلمونولوجسٹ) دیگر _____

صحتی 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 نہیں
محدود استعداد

(مثلاً، سیڑھیاں چڑھنا، جم میں حصہ لینا)

معلوم تشخیصات (براہ کرم تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)

دمہ

دورے

الرجییز / انافلیکسس

ذیابیطس

کوئی نہیں

دیگر _____

الرجییز (براہ کرم تمام قابل اطلاق منتخب کریں)

دودھ

انڈے

مونگ پھلی

درختوں کے میوے (دیگر میوے)

مچھلی

خول والی مچھلی

سویا بین

گندم

دیگر _____

میرے بچے کے پاس یہ ہے (قابل اطلاق پر X لگائیں): نجی صحت کا بیمہ میڈیکیڈ صحت کا بیمہ نہیں ہے

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

یہ طے شدہ ہے کہ کسی ہنگامی صورت کے حتمی تصفیے میں، اسکول کے ارباب اختیار کا فیصلہ برتر 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

اس خانے پر نشان لگا کے، میں منتخب کردہ اسکول، ضلع، اور / یا شہر پیما والدین قائدین رضاکاران کے ذریعے تقریبات، جدید معلومات اور میری اسکول برادری کے متعلق دیگر معاملات کے لیے رابطہ کیے جانے پر متفق ہوں۔

اس خانے پر نشان لگا کے میں میری رابطہ معلومات کا منتخب کردہ اسکول، ضلع، اور / یا شہر پیما والدین قائدین رضاکاران کے ساتھ اشتراک کرنے پر متفق ہوں تاکہ تقریبات، جدید معلومات اور میری اسکول برادری کے متعلق دیگر معاملات کی جدید معلومات مل سکے۔

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

والدین / سرپرست کے دستخط _____

--- صرف دفتری استعمال کے لیے ----- FOR OFFICE USE ONLY

صرف اسکول کے عملہ کے ذریعے مکمل کیا جانا چاہیے۔ / 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