

স্কুল ডিস্ট্রিক্ট অব ফিলাডেলফিয়া/School District of Philadelphia

জরুরী অবস্থায় যোগাযোগের ফর্ম/Emergency Contact Form

		লিঙ্গ /Sex	গ্রেড/Grad	কক্ষ/বিভাগ/রুম/ Rm/Sec/Bk	
ছাত্রের ID /Student ID	শিক্ষার্থীর নাম (পদবি, নাম) /Student's Name (Last Name, First Name)		জন্মতারিখ / DOB	স্কুল নং./School No.	
		মাস/ Mo. দিন/Day বছর/Yr.			
ঠিকানা /Address			(অ্যাপার্টমেন্ট. নং)/Apt. No		বাড়ির ফোন /Home phone
শিশুর SSN লিখুন (ঐচ্ছিক) /Enter child's SSN (optional)			এই শিশুর স্বাস্থ্য বিমা আছে কি?/Does this child have health insurance? হ্যাঁ/Y_____ না/N_____		
শিশুর ডাক্তার/ক্লিনিকের নাম /Name of child's doctor/clinic		টেলিফোন নং/Telephone No.		যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে নিচে যথাযথ স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারী নির্বাচন করুন /If yes, check the appropriate health insurance provider below <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> অন্যান্য/Other	
শিশুর ডেন্টিস্ট/ক্লিনিকের নাম /Name of child's dentist/clinic		টেলিফোন নং/Telephone No.			
জরুরি অবস্থায় প্রথম যোগাযোগের ব্যক্তি (পুরো নাম) মা-বাব/অভিভাবক/First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	শিশুর সাথে সম্পর্ক /Relationship to child	দিনের বেলার ফোন /Daytime phone	সেল ফোন /Cell phone	ইমেল ঠিকানা /Email Address	
জরুরি অবস্থায় দ্বিতীয় যোগাযোগের ব্যক্তি (পুরো নাম) /Second Emergency Contact (full name)	শিশুর সাথে সম্পর্ক /Relationship to child	দিনের বেলার ফোন /Daytime phone	সেল ফোন /Cell phone	ইমেল ঠিকানা /Email Address	
জরুরি অবস্থায় তৃতীয় যোগাযোগের ব্যক্তি (পুরো নাম) /Third Emergency Contact (full name)	শিশুর সাথে সম্পর্ক /Relationship to child	দিনের বেলার ফোন /Daytime phone	সেল ফোন /Cell phone	ইমেল ঠিকানা /Email Address	

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন / Please note

যদি নিম্নলিখিত প্রশ্নাবলীর উত্তর "হ্যাঁ" হয়, তাহলে আপনার সন্তানের ডাক্তারের থেকে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি নিয়ে নিন এবং তাকে ইংরেজীতে সমস্ত তথ্য দিতে বলুন। / If the answer to any of the following questions is "Yes", please take this form to your child's doctor and ask him/her to provide detailed information in English.

- 1. আপনার পুত্র/কন্যার কি এমন কোনো স্বাস্থ্য চাহিদা বা সমস্যা আছে যা স্কুলের জানা প্রয়োজন? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

_____ হ্যাঁ/Yes _____ না/No

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের ডাক্তারকে ইংরেজীতে সমস্ত তথ্য দিতে বলুন / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

- 2. আপনার পুত্র/কন্যা কি কোনো ওষুধ নেয়? / Does your daughter/son take any medication?**

_____ হ্যাঁ/Yes _____ না/No

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের ডাক্তারকে ইংরেজীতে সমস্ত তথ্য দিতে বলুন / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

- 3. আপনার পুত্র/কন্যাকে কি স্কুলে কোনো ওষুধ নিতে হয়? / Does your daughter/son need to take medication at school?**

_____ হ্যাঁ/Yes _____ না/No

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের ডাক্তারকে ইংরেজীতে সমস্ত তথ্য দিতে বলুন / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর / Parent/Guardian Signature

তারিখ / Date