

ફિલાડેલ્ફિયા જિલ્લા શાળા / School District of Philadelphia

સંકટકાલીન સંપર્ક પ્રપત્ર / Emergency Contact Form

		લિંગ / Sex	ગ્રેડ / Grad	રુમ/વિભાગ/પુસ્તક /Rm/Sec/Bk
વિદ્યાર્થી આઈડી / Student ID	વિદ્યાર્થીનું નામ (છેલ્લું નામ, પ્રથમ નામ) / Student's Name (Last Name, First Name)		જન્મતારીખ / DOB	શાળા ક્ર. / School No.
		મ / Mo.	દિવસ / Day	વ / Yr.
સરનામું / Address		એપાર્ટમેન્ટ નં. / Apt. No)		ઘરનો ફોન / Home phone
બાળકનું SSN (વિકલ્પિક) / Enter child's SSN (optional)		શું આ બાળકનો આરોગ્ય વીમો છે? / Does this child have health insurance? હા / Y _____ ના / N _____		
બાળકના ડોક્ટર/ક્લિનિકનું નામ / Name of child's doctor/clinic	ટેલિફોન નં. / Telephone No.	જો હા હોય, તો નીચે યોગ્ય આરોગ્ય વીમા પ્રદાતા પર નિશાની કરો / 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"/> અન્ય / Other		
બાળકના દાંતના ડોક્ટર/ક્લિનિકનું નામ / Name of child's dentist/clinic	ટેલિફોન નં. / Telephone No.			
પ્રથમ સંકટકાલીન સંપર્ક (પૂરું નામ) માતા-પિતા/વાલી / First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	બાળક સાથે સંબંધ / Relationship to child	દિવસના સમયે ફોન / Daytime phone	સેલ ફોન / Cell phone	ઈમેલ સરનામું / Email Address
બીજો સંકટકાલીન સંપર્ક (પૂરું નામ) / Second Emergency Contact (full name)	બાળક સાથે સંબંધ / Relationship to child	દિવસના સમયે ફોન / Daytime phone	સેલ ફોન / Cell phone	ઈમેલ સરનામું / Email Address
ત્રીજો સંકટકાલીન સંપર્ક (પૂરું નામ) / Third Emergency Contact (full name)	બાળક સાથે સંબંધ / Relationship to child	દિવસના સમયે ફોન / Daytime phone	સેલ ફોન / Cell phone	ઈમેલ સરનામું / Email Address

કૃપયા નોંધ લો / Please note

જો નીચે આપેલા પ્રશ્નોમાંથી કોઈપણનો જવાબ "હા" હોય, તો કૃપયા આ ફોર્મને તમારા બાળકના ડોક્ટર પાસે લઈ જાઓ અને તેને/તેણીને અંગ્રેજીમાં વિગતવાર માહિતી આપવાનું કહો. / 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. શું તમારી પુત્રી/પુત્રને શાળાએ જાણવી જોઈએ તેવી કોઈ સ્વસ્થ્ય જરૂરિયાતો અથવા સમસ્યાઓ છે? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

_____હા/Yes _____ નહીં/No

જો હા હોય, તો તમારા બાળકના ડોક્ટરને અંગ્રેજીમાં માહિતી પૂરી પાડવાનું કહો / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

2. શું તમારી પુત્રી/પુત્ર કોઈ દવા લે છે? / Does your daughter/son take any medication?

_____હા/Yes _____ નહીં/No

જો હા હોય, તો તમારા બાળકના ડોક્ટરને અંગ્રેજીમાં માહિતી પૂરી પાડવાનું કહો / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

3. શું તમારી પુત્રી/પુત્રને શાળાએ કોઈ દવા લેવાની જરૂર છે? / Does your daughter/son need to take medication at school?

_____હા/Yes _____ નહીં/No

જો હા હોય, તો તમારા બાળકના ડોક્ટરને અંગ્રેજીમાં માહિતી પૂરી પાડવાનું કહો / If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

માતા-પિતા/પાલકની સહી / Parent/Guardian Signature

તારીખ / Date