

स्कूल डिस्ट्रिक्ट ऑफ़ फिलाडेल्फिया/School District of Philadelphia

आपातकालीन संपर्क फॉर्म/Emergency Contact Form

		लिंग /Sex	ग्रेड/Grad)	/कमरा/अनु./पुस्तक /Rm/Sec/Bk	
छात्र ID /Student ID	छात्र का नाम (अंतिम नाम, पहला नाम) /Student's Name (Last Name, First Name)		जन्मतिथि / DOB	स्कूल सं./School No.	
		माह/ Mo. दिन//Day वर्ष./Yr			
पता /Address			अपार्ट. सं./Apt. No)	घर का फ़ोन /Home phone	
बच्चे का SSN डालें (वैकल्पिक) /Enter child's SSN (optional)			क्या इस बच्चे का स्वास्थ्य बीमा है?/Does this child have health insurance? हाँ /Y_____ नहीं /N_____		
बच्चे के डॉक्टर/क्लीनिक का नाम /Name of child's doctor/clinic		टेलीफ़ोन नंबर /Telephone No.		<p>अगर हाँ, तो नीचे उचित स्वास्थ्य बीमा प्रदाता चिह्नित करें/If yes, check the appropriate health insurance provider below</p> <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"/> अन्य/Other	
बच्चे के दाँतों के डॉक्टर/क्लीनिक का नाम /Name of child's dentist/clinic		टेलीफ़ोन नंबर. /Telephone No.			
पहला आपातकालीन संपर्क (पूरा नाम) माता-पिता/अभिभावक /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian		बच्चे से संबंध /Relationship to child	दिन में फ़ोन /Daytime phone		सेल फ़ोन /Cell phone
दूसरा आपातकालीन संपर्क (पूरा नाम) /Second Emergency Contact (full name)		बच्चे से संबंध /Relationship to child	दिन में फ़ोन /Daytime phone	सेल फ़ोन /Cell phone	ईमेल पता /Email Address
तीसरा आपातकालीन संपर्क (पूरा नाम) /Third Emergency Contact (full name)		बच्चे से संबंध /Relationship to child	दिन में फ़ोन /Daytime phone	सेल फ़ोन /Cell phone	ईमेल पता /Email Address

कृपया ध्यान दें / Please note

अगर निम्न में से किसी भी प्रश्न का उत्तर “हां” है, तो कृपया इस फॉर्म को अपने बच्चे के डॉक्टर के पास ले जाएं और उसे अंग्रेज़ी में विस्तृत जानकारी प्रदान करने के लिए कहें। / 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. क्या आपकी बच्ची/बच्चे को ऐसी कोई आवश्यकता या समस्या है, जिसे स्कूल को जानना चाहिए? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

_____ हां/Yes _____ नहीं/No

अगर हां, तो कृपया अपने बच्चे के डॉक्टर को अंग्रेज़ी में जानकारी प्रदान करने के लिए कहें / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

2. क्या आपकी बच्ची/बच्चा कोई दवाई ले रहा/रही है? / Does your daughter/son take any medication?

_____ हां/Yes _____ नहीं/No

अगर हां, तो कृपया अपने बच्चे के डॉक्टर को अंग्रेज़ी में जानकारी प्रदान करने के लिए कहें / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

3. क्या आपकी बच्ची/बच्चे को स्कूल में कोई दवाई लेने की आवश्यकता है? / Does your daughter/son need to take medication at school? _____ हां/Yes _____ नहीं/No

अगर हां, तो कृपया अपने बच्चे के डॉक्टर को अंग्रेज़ी में जानकारी प्रदान करने के लिए कहें / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर / Parent/Guardian Signature

तिथि / Date