

د فيلاديلفيا د بنوونځي حوزه /School District of Philadelphia

د بېرني اړيکي شميره /Emergency Contact Form

		خونه/برخه/کتاب /Rm/Sec/Bk		درجه بندي(Grad)		جنسیت(Sex)	
د بنوونځي شميره /School No.		د زېږندي نېټه /DOB		د زده کوونکي نوم (کورنی نوم/لمړی نوم)(Student's Name (Last Name, First Name))		د بنوونځي هويت کارت /Student ID	
د کور تېلېفون /Home phone		آيا ماشوم د روغتيا بيمه لري? /Does this child have health insurance? نه /N _____ نه /Y _____		د ماشوم SSN شميره وليکي (اختياري) /Enter child's SSN (optional)		د آپارتمان شميره (Apt. No)	
د ماشوم د روغتيا مناسب بيمی برابرونکي لپاره لاندی خانه ډکه کړی /If yes, check the appropriate health insurance provider below		تېلېفون شميره /Telephone No.		د ماشوم د داکتر نوم/کلنیک /Name of child's doctor/clinic		آدرس /Address	
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"/> /Other نور <input type="checkbox"/>		تېلېفون شميره /Telephone No.		د ماشوم د غاښونو کلنیک نوم /Name of child's dentist/clinic		د ماشوم د روغتيا شميره /Apt. No	
ایمیل آدرس /Email Address		د ورځي تېلېفون /Daytime phone		ماشوم سره خپلوي /Relationship to child		لمړی بېرني اړیکه (بشپړ نوم) کورنی /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	
ایمیل آدرس /Email Address		د ورځي تېلېفون /Daytime phone		ماشوم سره خپلوي /Relationship to child		دویمه بېرني اړیکه (بشپړ نوم) /Second Emergency Contact (full name)	
ایمیل آدرس /Email Address		د ورځي تېلېفون /Daytime phone		ماشوم سره خپلوي /Relationship to child		دریمه بېرني اړیکه (بشپړ نوم) /Third Emergency Contact (full name)	

مهرباني سره ياد وساتئ / Please note

که په دې لاندېني پوښتونو کېني د کومي ځواب " او " وي ، نو مهرباني وکړئ دا فارم ستاسو د ماشوم ډاکټر ته ورسوئ او هغه/هغې ته ووايئ چې په انگليسي ژبه کېني تفصيلي معلومات درکړي- / 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. **Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?** / 1. آیا د سکول معلوماتو لپاره ستاسو لور/زوي ته د کوم ډول روغتيا ضرورت يا ستونزې شته؟

_____ / Yes _____ نه/No او/

/ If YES, please ask your child's doctor to provide information in English / که چرته وي نو د خپل ماشوم ډاکټر ته ووايي چې په انگليسي ژبه کېني معلومات درکړي-

2. **Does your daughter/son take any medication?** / 2. آیا ستاسو لور/ زوي کوم ډول داروگان خوري؟

_____ / Yes _____ نه/No او/

/ If YES, please ask your child's doctor to provide information in English / که چرته وي نو د خپل ماشوم ډاکټر ته ووايي چې په انگليسي ژبه کېني معلومات درکړي-

3. **Does your daughter/son need to take medication at school?** / 3. آیا ستاسو لور/ زوي ته په سکول کېني د دارو خوړولو ضرورت شته؟

_____ / Yes _____ نه/No او/

/ If YES, please ask your child's doctor to provide information in English / که چرته وي نو د خپل ماشوم ډاکټر ته ووايي چې په انگليسي ژبه کېني معلومات درکړي-

Parent/Guardian Signature / د مور و پلار/سرپرست لاسليک

Date/نېټه