

## School District of Philadelphia / فلاڈلفیا کا اسکول ڈسٹرکٹ

### Emergency Contact Form / ہنگامی رابطے کا فارم

		جنس / Sex	(گریڈ) / Grad	کمرہ / سیکشن / کتاب / Rm / Sec / Bk
Student ID / طالب علم کی شناخت	Student's Name (Last Name, First Name) / طالب علم کا نام (آخری نام، پہلا نام)		DOB / تاریخ پیدائش	School No. / اسکول نمبر
		Address / پتہ	Home phone / گھر کا فون	
		Apt. No. / اپارٹمنٹ نمبر		
Enter child's SSN (optional) / بچے کا SSN درج کریں (اختیاری)		Does this child have health insurance? _____ / یاں / Y _____ / نہیں / N		
Name of child's doctor/clinic / بچے کے ڈاکٹر / کلینک کا نام	Telephone No. / ٹیلیفون نمبر		If yes, check the appropriate health insurance provider below ذیل میں سے صحت کا بیمہ فراہم کرنے والی کمپنی کے نام پر نشان لگائیں  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 / دیگر <input type="checkbox"/>	
Name of child's dentist/clinic / بچے کے معالج دندان / کلینک کا نام	Telephone No. / ٹیلیفون نمبر			
First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian / پہلا ہنگامی رابطہ (پورا نام) والدین / سرپرست	Relationship to child / بچے سے رشتہ	Daytime phone / دن کے وقت کا فون	Cell phone / سیل فون	Email Address / ای میل پتہ
Second Emergency Contact (full name) / دوسرا ہنگامی رابطہ (پورا نام) والدین / سرپرست	Relationship to child / بچے سے رشتہ	Daytime phone / دن کے وقت کا فون	Cell phone / سیل فون	Email Address / ای میل پتہ
Third Emergency Contact (full name) / دوسرا ہنگامی رابطہ (پورا نام) والدین / سرپرست	Relationship to child / بچے سے رشتہ	Daytime phone / دن کے وقت کا فون	Cell phone / سیل فون	Email Address / ای میل پتہ

**/Please note** براہ مہربانی نوٹ کریں

اگر درج ذیل میں سے کسی بھی سوال کا جواب "ہاں" میں ہے؛ تو براہ مہربانی اس فارم کو اپنے بچے کے ڈاکٹر کے پاس لے جائیں اور  
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. کیا آپ کی بیٹی/بیٹے کی صحت کی ایسی ضروریات یا مسائل ہیں جن کے بارے میں اسکول کو پتہ ہونا چاہئے؟ / **Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

Yes/نہیں \_\_\_\_\_ /ہاں \_\_\_\_\_ No

If YES, please ask your child's doctor to provide information in English  
اگر ہاں، تو براہ مہربانی اپنے بچے کے ڈاکٹر کو انگریزی میں معلومات فراہم کرنے کا کہیں

2.

3. کیا آپ کی بیٹی/بیٹا کوئی دوائیں استعمال کرتا ہے؟ / **Does your daughter/son take any medication?**

Yes/نہیں \_\_\_\_\_ /ہاں \_\_\_\_\_ No

If YES, please ask your child's doctor to provide information in English  
اگر ہاں، تو براہ مہربانی اپنے بچے کے ڈاکٹر کو انگریزی میں معلومات فراہم کرنے کا کہیں

4.

4. کیا آپ کی بیٹی/بیٹے کو اسکول میں ہونے کے دوران ادویات لینے کی ضرورت ہوتی ہے؟ / **Does your daughter/son need to take medication at school?**  
Yes/ہاں \_\_\_\_\_ No/نہیں \_\_\_\_\_

If YES, please ask your child's doctor to provide information in English  
اگر ہاں، تو براہ مہربانی اپنے بچے کے ڈاکٹر کو انگریزی میں معلومات فراہم کرنے کا کہیں /

Parent/Guardian Signature / والدین/سرپرست کے دستخط

Date / تاریخ