

फिलाडेल्फिया बिद्यालय जिल्ला /*School District of Philadelphia*
आपत्कालिन संपर्क फारम /*Emergency Contact Form*

लिङ्ग/Sex	कक्षा/Grade	कोठा/Rm/Sec/Bk
जन्म मिति/DOB _____ महिना/Mo. दिन/Day बर्ष/Yr.	बिद्यालय नं /School No.	
ठेगाना/Address		अपार्टमेन्ट नं/Apt. No)
		घरको फोन नं /Home phone
बालकको सोशल सेक्युरिटी नं लेख्नुहोस् /Enter child's SSN		के बालकको स्वास्थ्य बिमा छ?/Does this child have health insurance? छ/Y____ छैन/N____
बालकको डाक्टर वा क्लिनिकको नाम/Name of child's doctor/clinic	फोन नं /Telephone No.	स्वास्थ्य बिमा प्रदानकर्तामा ठीक लगाउनु होस् /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"/> Other
बालकको डेन्टिस्टको नाम/Name of child's dentist/clinic	फोन नम्बर /Telephone No.	

आपत्कालिनको बेलामा पहिलो संपर्क (पुरा नाम) आमा बुवा वा अभिभावक/ <i>First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>	बालक सँग सम्बन्धी <i>/Relationship to child</i>	दिनको फोन नं/ <i>Daytime phone</i>	मोबाईल फोन नं/ <i>Cell phone</i>	ईमेल एड्रेस / <i>Email Address</i>
आपत्कालिनको बेलामा दोस्रो संपर्क (पुरा नाम)/ <i>Second Emergency Contact (full name)</i>	बालक सँग सम्बन्धी/ <i>Relationship to child</i>	दिनको फोन नं/ <i>Daytime phone</i>	मोबाईल फोन नं/ <i>Cell phone</i>	ईमेल एड्रेस / <i>Email Address</i>
आपत्कालिनको बेलामा तेस्रो संपर्क (पुरा नाम)/ <i>Third Emergency Contact (full name)</i>	बालक सँग सम्बन्धी/ <i>Relationship to child</i>	दिनको फोन नं/ <i>Daytime phone</i>	मोबाईल फोन नं/ <i>Cell phone</i>	ईमेल एड्रेस / <i>Email Address</i>

यो फारमको बारे थप जानकारीको लागि www.philasd.org वेबसाईट जानु होला

कृपया याद राख्नु होस् /Please note

यदी यि प्रश्नहरुको उत्तर "छ" वा "हो" छ भने कृपया यो फारम तपाईंको बालकको डाक्टरलाई प्रदान गर्नु होस् र डाक्टरलाई अंग्रेजीमा विस्तृत जानकारी प्रदान गर्न अनुओर्ध गर्नु होस्। /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. के तपाईंको बाल बलिकालाई, बिद्यालयले थाहा पाउनु पर्ने स्वास्थ्य समस्या वा आवश्यकता छ? /Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

छ /Yes _____ छैन /No _____

छ भने कृपया बालकको डाक्टरलाई अंग्रेजीमा जानकारी प्रदान गर्न अनुरोध गर्नु होला /If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

2. के तपाईंको बालक वा बालिकाले कुनै औषधी लिनु हुन्छ? /Does your daughter/son take any medication? _____ हुन्छ /Yes _____ हुन् /No

लिनु हुन्छ भने तपाईंको बालकको डाक्टरलाई अंग्रेजीमा जानकारी प्रदान गर्न अनुरोध गर्नु होला /If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

3. के तपाईंको बालक वा बालिकाले बिद्यालय भित्र औषधी लिनु पर्ने अवस्था छ? /Does your daughter/son need to take medication at school? _____ छ /Yes _____ छैन /No

छ भने कृपया बालकको डाक्टरलाई अंग्रेजीमा जानकारी प्रदान गर्न अनुरोध गर्नु होला /If YES, please ask your child's doctor to write in English

आमा बुबा वा अभिभावकको सहि/Parent/Guardian Signature

मिती/Date