

फिलाडेल्फिया बिद्यालय जिल्ला

यात्राको बारे जानकारी / Trip information

आमा-बुवा द्वारा दिइएको अनुमती / PARENTAL PERMISSION

बिद्यालय / School	बिद्यालयको फोन नम्बर/ School Phone	कक्षा/कक्षा कोठा / Grade/Room	तैयार गरिएको मिति / Date Prepared
शिक्षक/ Teacher	गन्तव्य/ Destination		
यात्राको शैक्षिक उद्देश्य / Educational Purpose of Trip			
यात्राको मिति / Date of Trip	यात्राको लागि प्रस्थान हुने समय / Leave Time	फिर्ता आउने समय / Return Time	यात्रा कार्यक्रम (सारंश)/ Trip Itinerary (summary)
यातायात साधन / Method of Transportation	विद्यार्थीको खर्च/ Cost to Student <input type="checkbox"/> निशुल्क / Free \$ _____	विद्यार्थीहरूका लागि दिउँसोको खाना / Student Lunch <input type="checkbox"/> ल्याउने / Bring <input type="checkbox"/> किन्ने / Buy <input type="checkbox"/> प्रदान गरिने / Provided <input type="checkbox"/> नचाहिएको / Not Needed	

कृपया यो फारमको तलको भाग भरेपछि शिक्षकलाई फिर्ता दिनु होला / Please complete and detach the bottom part of this form and return to teacher

विद्यार्थी जानकारी

विद्यार्थीको नाम / Name of student _____

आइ डि नम्बर I.D.# _____ जन्म मिति / Date of Birth _____

आमाबुवा/अभिभावक जानकारी / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

1. आमाबुवा/अभिभावकको नाम / Parent/Guardian _____

घरको ठेगाना / Home Address _____ घरको फोन नम्बर / Home Phone _____

कामको फोन नम्बर / Work Phone _____ मोबाइल फोन नम्बर/ Cell Phone _____

2. आमाबुवा/अभिभावकको नाम / Parent/Guardian _____

घरको ठेगाना / Home Address _____ घरको फोन नम्बर / Home Phone _____

कामको फोन नम्बर / Work Phone _____ मोबाइल फोन नम्बर/ Cell Phone _____

विद्यार्थी को सँग बस्छ (दीइएका ब्यक्तिहरू मध्ये विद्यार्थी जो सँग बस्छ सबैको अगाडि ठीक कोर्नु होस्) / Student lives with (check all that applies):

बुवा / Father आमा/ Mother अभिभावक/ Guardian

आकास्मिक घटना घटेको खण्डमा संपर्क गर्ने ब्यक्तिहरू / EMERGENCY CONTACTS

यदी आमा बुवा वा अभिभावक सँग संपर्क नभएमा बिद्यालयले तल नाम तोकिएको ब्यक्तिहरूलाई संपर्क गर्ने छ। तल नाम दिइएका ब्यक्तिहरू जिम्मेदार हुनु पर्ने हुन्छ र यि कुराहरू गर्न सक्ने हुनु पर्छ: १.बालकको स्वास्थ्यको हेरबिचार गर्न अनुमती दिन सक्ने हुनु पर्छ; २.बालक बिरामी भएको खण्डमा बालकलाई लिन आउनु पर्ने हुन्छ। ३.आमा-बुवा वा अभिभावकको निम्ती कुरा गरिदिने अधिकार हुनु पर्छ। / If the parents/guardians cannot be reached, the school will call the people listed below. The people listed below should be responsible individuals who can: 1) give permission to administer health care; 2) pick up your child if your child is ill; 3) have the authority to speak on behalf of the parents or legal guardians.

नाम / Name _____

नाम / Name _____

घरको फोन नम्बर / Home Phone _____

घरको फोन नम्बर / Home Phone _____

कामको फोन नम्बर / Work Phone _____

कामको फोन नम्बर / Work Phone _____

मोबाइल फोन नम्बर / Cell Phone _____

मोबाइल फोन नम्बर / Cell Phone _____

स्वास्थ्यको बारे जानकारी / HEALTH INFORMATION

अनुमती भएको खण्डमा कृपया बालकको चिकित्सा सम्बन्धी जानकारी दिनु होला वा यदी बालकलाई कुनै चिकित्सक समस्या नभएको खण्डमा 'none' (छैन) भनी लेख्नु होला / If permission is granted, please provide the following medical information or if your child does not have any of the health conditions listed below, please write "none".

विद्यार्थीले लिइरहेको औषधी: / Medication/s being taken by student: _____

खाना, तरल पदार्थ, किराले टोकेको, औषधी वा अरु आलेर्जी भएको / Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other _____

चिकित्सा सम्बन्धी अरु जानकारी / Other medical information _____

चिकित्सकको नाम/ Physician's Name _____ फोन नम्बर / Phone _____

चिकित्सक/ अस्पताल बीमा/ Medical/Hospital Insurance _____

समूह / Group _____ किसिम / Type _____

मैले यात्राको बारे जानकारी पढेको छुँ/ I have read the information about the trip to (गन्तव्य) _____ (Destination)

मिति _____ (Date)

एउटा ठीक कोर्नु होस्: / Check one मेरो बालकले / my child यो यात्रामा भाग लिन / go on this trip. सक्छ / may सक्दैन / may not

चिकित्सक उपचार चाहिएको, आकस्मिक घटना घटेको खण्डमा, तपाईंलाई र तपाईंले नाम दिएको ब्यक्तिहरूलाई संपर्क गर्ने प्रयास गरिन्छ। कुनै ब्यक्ति सँग संपर्क नभएको खण्डमा म बिद्यालयलाई चिकित्सकहरूलाई चाहिने उपचार गर्ने साहमति दिन अधिकार दिन्छु। / I understand that in case of any emergency requiring medical treatment, every effort will be made to reach one of the people listed above. If none of these people can be contacted, I authorize the school to give consent to treatment as deemed necessary by emergency responders.

आमा बुवा वा अभिभावकको, ठुलो अक्षरमा नाम लेख्नुहोस् / Print Name of Parent/s or Guardian/s

आमा बुवा वा अभिभावकको सहि / Signature of Parent/s or Guardian/s

मिति / Date

यो फारम शैक्षिक वर्ष पुरा नभएसम्म बिद्यालयको कार्यलयमा राखिने छ
A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.