

ELIZA B. KIRKBRIDE ELEMENTARY SCHOOL

1501 South 7th Street
Philadelphia, PA 19147
215-952-6214

विद्यार्थी आपत्कालको जानकारी (राम्रो सँग लेख्नु होला)/Student Emergency Information (Please print clearly)

विद्यार्थीको नाम/Student Name _____ लिङ्ग/Gender ___पुरुष/M___महिला/F कक्षा/Grade _____
(Last) (First)

ठेगाना/Address _____ घरको फोन नम्बर/Home Phone _____

शहर/City _____ राज्य/State _____ जिप कोड/Zip Code _____

आमाको नाम/Mother's Name _____ कामको फोन नम्बर/Work Phone _____

मोबाइल फोन नम्बर/Cell Phone _____

बुवाको नाम/Father's Name _____ कामको फोन नम्बर/Work Phone _____

मोबाइल फोन नम्बर/Cell Phone _____

बिरामी वा दुर्घटना भएको खण्डमा बिद्यालय सँग यि व्यक्तिहरुको हातमा विद्यार्थीहरु दिन अधिकृत गरिएको छ।/If unable to reach the parent in the event of illness and/or accident, the school is authorized to release the student to the following adult(s):

1. नाम/ Name _____ सम्बन्ध/Relationship _____ फोन नम्बर/Phone Number _____

मोबाइल फोन नम्बर/Cell Phone _____

2. नाम/Name _____ सम्बन्ध/Relationship _____ फोन नम्बर/Phone Number _____

मोबाइल फोन नम्बर/Cell Phone _____

के तपाईंको बालकलाई बिद्यालयलाई थाहा हुनु पर्ने कुनै स्वास्थ्यको समस्या छ?/Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know? छ/Yes _____ छैन/No _____

छ भने जानकारी दिनु होस्/ If YES, please list _____

के तपाईंको बालकले केही औषधी प्रयोग गर्दछ?/Does your daughter/son take any medication?

_____ छ/Yes _____ छैन/No

छ भने जानकारी दिनु होस्/If YES, please list _____

के तपाईंको बालकले बिद्यालयमें केही औषधीको प्रयोग गर्दछ?/Does your daughter/son need to take medication at school? _____ छ/Yes _____ छैन/No

छ भने जानकारी दिनु होस्/ If YES, please list _____

के तपाईंको बालक सँग स्वास्थ्य बिमा छ?/Does your daughter/son have medical insurance at this time?

_____छ/Yes _____छैन/No

छ भने स्वास्थ्य बिमाको नाम के हो?/If **YES**, what is the name of the insurance? _____

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

दन्त चिकित्सकको नाम/Dentist's Name _____ फोन नम्बर/Phone Number _____

आमा बुवाको सह/Parent's Signature **X** _____ मिति/Date _____