

ایپر جنسی میں دیکھ بھال کے لئے معلومات
ایپر جنسی کی صورت میں اسکول کا عملہ 911 سے رابطہ کرے گا۔
والدین اس پرست یا ایپر جنسی کی صورت میں نامزد کئے ہوئے افراد میں سے کسی ایک سے رابطہ کرنے کی ہر ممکن کوشش کی جائے گی۔

طالب علم کے بارے میں معلومات				
آخری نام:	پہلا نام:	بچہ کا نام:	تاریخ پیدائش:	جنس:
				□ لڑکا □ لڑکی
اسکول کا نام:	آئی ڈی نمبر:	ٹیچر یا کونسلر:	بیس نمبر (صحیح کی):	بیس نمبر (شام کی):
□ طالب علم کے بارے میں قابل توجہ میڈیکل کوائف فائل میں موجود ہیں۔ تفصیلات کے لیے صفحہ 2 دیکھیے۔				

والدین/اس پرست سے رابطے کے لیے معلومات

والدین، سوتیلے والدین، یا اس پرست میں سے کسی کو بھی جس کے ساتھ بچہ رہتا ہے، یہ حق حاصل ہے کہ وہ کسی ایپر جنسی کی صورت میں بچے کے بارے میں فیصلے کر سکیں، اور بچے کو اسکول سے لے جائیں، سوائے اس کے کہ کسی عدالتی حکم نامے میں یا کسی دوسری قانونی دستاویز میں اس کے خلاف کوئی بات درج ہو۔ یہ آپ کی ذمہ داری ہے کہ آپ بچے کے اسکول کو اس دستاویز کی ایک نقل فراہم کریں۔				
آخری نام:	پہلا نام	بچہ کا نام	ٹیلیفون	گھر:
نمبر:	اسٹریٹ:	اپارٹمنٹ نمبر	کام کی جگہ:	
سٹی:	اسٹیٹ:	زپ کوڈ:	کوئی دوسرا فون:	
رشتہ داری یا تعلق	□ بچہ اس فرد کے ساتھ رہتا ہے		زبان:	ای میل
آخری نام:	پہلا نام	بچہ کا نام	ٹیلیفون	گھر:
نمبر:	اسٹریٹ:	اپارٹمنٹ نمبر	کام کی جگہ:	
سٹی:	اسٹیٹ:	زپ کوڈ:	کوئی دوسرا فون:	
رشتہ داری یا تعلق	□ بچہ اس فرد کے ساتھ رہتا ہے		زبان:	ای میل
آخری نام:	پہلا نام	بچہ کا نام	ٹیلیفون	گھر:
نمبر:	اسٹریٹ:	اپارٹمنٹ نمبر	کام کی جگہ:	
سٹی:	اسٹیٹ:	زپ کوڈ:	کوئی دوسرا فون:	
رشتہ داری یا تعلق	□ بچہ اس فرد کے ساتھ رہتا ہے		زبان:	ای میل
آخری نام:	پہلا نام	بچہ کا نام	ٹیلیفون	گھر:
نمبر:	اسٹریٹ:	اپارٹمنٹ نمبر	کام کی جگہ:	
سٹی:	اسٹیٹ:	زپ کوڈ:	کوئی دوسرا فون:	
رشتہ داری یا تعلق	□ بچہ اس فرد کے ساتھ رہتا ہے		زبان:	ای میل

رابطے کے لیے مزید معلومات

ایسے چار افراد کے نام دیجیے جن سے ہم ایپر جنسی کی صورت میں رابطہ کر سکیں، اگر والدین اس پرست سے رابطہ نہ ہو سکے۔ ان افراد کو ایپر جنسی کی صورت میں آپ کے بچے کے بارے میں فیصلے کرنے اور آپ کے بچے کو اسکول سے لے جانے کی اجازت ہے۔

نام	رشتہ	زبان	ٹیلیفون
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

یاد رکھیے، آپ کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا ہے۔

ایمرجنسی میں دیکھ بھال کے لئے معلومات
ایمرجنسی کی صورت میں اسکول کا عملہ 911 سے رابطہ کرے گا۔
والدین اسرپرست یا ایمرجنسی کی صورت میں نامزد کئے ہوئے افراد میں سے کسی ایک سے رابطہ کرنے کی ہر ممکن کوشش کی جائے گی۔

طالب علم کے بارے میں معلومات					
آخری نام:	پہلا نام:	بیچ کا نام:	تاریخ پیدائش:	جنس:	گریڈ:
اسکول کا نام:	آئی ڈی نمبر:	ٹیچر یا کونسلر:	بس نمبر (صحیح کی):	بس نمبر (شام کی):	

اسکول کے اوقات سے پہلے اور اسکول کے بعد دیکھ بھال کے انتظامات (یہ حصہ مکمل کیجئے اگر اطلاق ہوتا ہو)۔ اس فرد کو اسکول سے آپ کے بچے کو لے جانے کی اجازت ہے۔
 دیکھ بھال کا انتظام فراہم کرنے والے کا نام: _____ ٹیلیفون _____

بچے کے دوسرے بھائی بہن جو اس اسکول میں داخل ہیں۔ (یہ حصہ مکمل کیجئے اگر اطلاق ہوتا ہو)۔
 بھائی بہنوں کے نام: _____

صحت کے موجودہ کوآرف

آج کل صحت کے بارے میں اگر کوئی ایسی کیفیت ہے جس کی وجہ سے اسکول کے اوقات کے دوران توجہ کی ضرورت پڑسکتی ہے تو اس پر نشان لگائیے۔ اس کے علاوہ اگر آپ کے بچے کی صحت کے بارے میں کوئی ایسی کیفیت ہے جس کی وجہ سے اسکول کے اوقات میں توجہ کی ضرورت ہوتی ہے، تو فارم SS/SE-71 بھی بھریے۔ آج کل میڈیکل الرٹ کے بارے میں جو معلومات فائل پر موجود ہیں، ان کے لئے نیچے دیکھیے۔

<input type="checkbox"/> الرجی (وضاحت کیجئے)	<input type="checkbox"/> خون بہنے کی بیماری (hemophilia)
<input type="checkbox"/> کھانے پینے کی چیزیں	<input type="checkbox"/> جسمانی معذوری (وضاحت کیجئے)
<input type="checkbox"/> دوائیں	<input type="checkbox"/> تنفس سے متعلق کوئی عارضہ (وضاحت کیجئے)
<input type="checkbox"/> شہد کی مکھی کا کاٹھا/کیزے مکوڑے	<input type="checkbox"/> مرگی کے دورے
<input type="checkbox"/> کوئی اور چیز	<input type="checkbox"/> بصارت کے مسائل (وضاحت کیجئے)
<input type="checkbox"/> دمہ	<input type="checkbox"/> چشمہ <input type="checkbox"/> کونٹیکٹ لینس
<input type="checkbox"/> کینسر	<input type="checkbox"/> کوئی اور بات (وضاحت کیجئے)
<input type="checkbox"/> ذیابیطس	
<input type="checkbox"/> ساعت کا مسئلہ	
<input type="checkbox"/> کان میں لگانے کے آلات	
<input type="checkbox"/> قلب سے متعلق مسائل (وضاحت کیجئے)	

تمام دوائیں اور ان کی خوراک کی مقدار تحریر کیجئے جو آپ کا بچہ مسلسل لیتا ہے:

طبی مسائل کے بارے میں خبردار کرنے کے لئے جو معلومات فائل پر موجود ہیں

ڈاکٹر کے بارے میں معلومات

میرے بچے کی صحت کی دیکھ بھال کی ہولت فراہم کرنے والے ادارے یا ڈاکٹر کا نام _____ ٹیلیفون _____
 (ڈاکٹر، ہیکلنگ، HMO، وغیرہ)

میرے بچے کی طبی دیکھ بھال جس ادارے سے ذمہ داری ہے اس کا نام _____ ٹیلیفون _____
 (ہیلتھ انشورنس کمپنی، کوئی امدادی پروگرام، HMO، وغیرہ)

کسی ہنگامی حالت کے دوران جب مجھ سے (یا میرے ڈاکٹر سے) رابطہ قائم نہ ہو سکے، تو اسکول کو ہماری طرف سے اجازت ہے کہ میرے بچے کو نزدیک ترین اسپتال کے ایمرجنسی روم میں لے جائے اور اسپتال اور اس کے عملے کو ہماری طرف سے اختیار ہے کہ میرے بچے کی بہتری کیلئے ڈاکٹر جو علاج ضروری سمجھے ہوں، وہ اسے مہیا کریں۔