

স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য

ডাক্তার/ক্লিনিকের নাম: _____ ফোন _____

স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত সতর্কতা

শিক্ষার্থীর কি এমন কোন স্বাস্থ্যগত বিষয় আছে যা তার শারীরিক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের জন্য ক্ষতিকারক? হ্যাঁ না

সীমাবদ্ধতা _____ (যেমন, সিঁড়ি বেয়ে উঠা, জিমে অংশগ্রহণ)

অ্যালার্জি _____

বর্তমান বছরে 504 সার্ভিস বা পরিষেবা আছে কি? হ্যাঁ না পূর্ববর্তী বছরে? হ্যাঁ না

আমার সন্তানের আছে (প্রযোজ্যগুলোতে X চিহ্ন দিন) প্রাইভেট স্বাস্থ্য বীমা বা হেলথ ইনসুরেন্স মেডিকেইড কোনো স্বাস্থ্য বীমা বা হেলথ ইনসুরেন্স নেই

যদি "হেলথ ইনসুরেন্স না" থেকে থাকে, তাহলে ইনসুরেন্সের বিকল্পগুলো সম্পর্কে জানার জন্য আপনি কি এই কার্ডে দেয়া আপনার যোগাযোগের তথ্য শেয়ার করতে ইচ্ছুক? হ্যাঁ না

যদি তালিকাভুক্ত কোনো ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ না করা যায়, তাহলে আপনার সন্তান অসুস্থ অথবা আঘাতপ্রাপ্ত হলে স্কুল কী সিদ্ধান্ত নিক বলে আপনি চান?

এটা ধরে নেয়া যায় যে, জরুরি পরিস্থিতির ক্ষেত্রে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত স্কুল কর্তৃপক্ষের বিবেচনা অনুযায়ীই নেয়া হবে।
উপরিলিখিত পিতামাতার পরামর্শসমূহ যতটা সম্ভব মানা হবে।

ভাইবোন

ভাই বা বোনের শেষ নাম	ভাই বা বোনের প্রথম নাম	ভাই বা বোন যে স্কুলে যায়
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

যদি এই কার্ড-এর কোনো তথ্য পরিবর্তিত হয়, তাহলে প্রিন্সিপ্যালকে লিখিতভাবে অবহিত করা হবে

_____ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

শুধুমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য / FOR SCHOOL USE ONLY

স্কুল অফিসিয়াল কর্তৃক পূরণ করা হবে।

গ্রেড _____ ক্লাস _____ রচম নম্বর _____ শিক্ষক _____

জরুরি অবস্থায়, অসুস্থতা অথবা আঘাত-প্রাপ্তির কারণে যে সকল যোগাযোগ করা হয়েছে সেগুলি নিচে উল্লেখ করুন। হেলথ রেকর্ড থেকে প্রাসঙ্গিক রেকর্ডসমূহ

তারিখ	যোগাযোগ	কারণ	ব্যবস্থাগ্রহণ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____