



## کوئی رسائی نہیں

اگر کوئی ایسا شخص ہے جسکی آپکے بچے تک رسائی نہیں ہونی چاہیئے، برائے مہربانی درج کریں:  
برائے مہربانی تحفظ کا حکم نامے کی ایک نقل اپنے بچے کے اسکول میں جمع کروائیں۔

نام	رشتہ	حکم نامہ برائے تحفظ موجود ہے؟	عدالت کے حکم کی تاریخ اطلاق
		<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

## صحت سے متعلق معلومات

ڈاکٹر / کلینک کا نام	ٹیلیفون	<input type="checkbox"/> الرجیسٹ / امینولوجسٹ	<input type="checkbox"/> ماہر قلب	<input type="checkbox"/> ماہر جلدی امراض (ڈرماٹولوجسٹ)	<input type="checkbox"/> نشوونما-طرز عمل کا ماہر
		<input type="checkbox"/> اعصابی بیماریوں کا معالج (نیورالوجسٹ)	<input type="checkbox"/> پھیپھڑوں کی بیماریوں کا معالج (پلمونولوجسٹ)	<input type="checkbox"/> دیگر	

### صحتی تنبیہ

کیا بچے کی کوئی ایسی صحت کی صورت حال ہے جو اسکی جسمانی سرگرمیوں میں حصہ لینے پر اثر انداز ہوتی ہے؟  جی ہاں  نہیں  
محدود استعداد

(مثلاً، سیڑھیاں چڑھنا، جم میں حصہ لینا)

### معلوم تشخیصات (براہ کرم تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)

<input type="checkbox"/> دمہ	<input type="checkbox"/> دورے	<input type="checkbox"/> الرجییز / انافلیکسس	<input type="checkbox"/> ذیابیطس	<input type="checkbox"/> کوئی نہیں	<input type="checkbox"/> دیگر
الرجییز (براہ کرم تمام قابل اطلاق منتخب کریں)					
<input type="checkbox"/> دودھ	<input type="checkbox"/> انڈے	<input type="checkbox"/> مونگ پھلی	<input type="checkbox"/> درختوں کے میوے (دیگر میوے)	<input type="checkbox"/> مچھلی	<input type="checkbox"/> دیگر
<input type="checkbox"/> خول والی مچھلی	<input type="checkbox"/> سویا بین	<input type="checkbox"/> گندم	<input type="checkbox"/> دیگر		
میرے بچے کے پاس یہ ہے (قابل اطلاق پر X لگائیں):					
<input type="checkbox"/> نجی صحت کا بیمہ	<input type="checkbox"/> میڈیکڈ	<input type="checkbox"/> صحت کا بیمہ نہیں ہے			
اگر "صحت کا بیمہ نہیں ہے"، کیا آپ بیمے کے انتخابات کے بارے میں جاننے کے لیے اس کارڈ سے اپنی رابطہ معلومات دینا چاہیں گے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں					

یہ طے شدہ ہے کہ کسی ہنگامی صورت کے حتمی تصفیے میں، اسکول کے ارباب اختیار کا فیصلہ برتر ہو گا۔  
والدین کی مذکورہ بالا تجویز کا حتی الامکان احترام کیا جائے گا۔

## بھائی بہن

بھائی / بہن کا پہلا نام	بھائی / بہن کا آخری نام	بھائی بہن جس اسکول میں شرکت کرتا ہے

## والدین / سرپرست کے دستخط

- اس خانے پر نشان لگا کے، میں منتخب کردہ اسکول، ضلع، اور / یا شہر پیما والدین قائدین رضاکاران کے ذریعے تقریبات، جدید معلومات اور میری اسکول برادری کے متعلق دیگر معاملات کے لیے رابطہ کیے جانے پر متفق ہوں۔
- اس خانے پر نشان لگا کے میں میری رابطہ معلومات کا منتخب کردہ اسکول، ضلع، اور / یا شہر پیما والدین قائدین رضاکاران کے ساتھ اشتراک کرنے پر متفق ہوں تاکہ تقریبات، جدید معلومات اور میری اسکول برادری کے متعلق دیگر معاملات کی جدید معلومات مل سکے۔

اگر اس کارڈ میں کوئی تبدیلی ہوئی پرنسپل کو تحریر میں مطلع کیا جائے گا۔

والدین / سرپرست کے دستخط

## --- FOR OFFICE USE ONLY ---

صرف اسکول کے عملہ کے ذریعے مکمل کیا جانا چاہیئے۔ / To be completed by school staff only

Grade \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_ Room No. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record

Date	Contact	Reason	Disposition