

Emergency_Contact_NEPALI

रोचेस्टर सिटी स्कूल डिस्ट्रिक्ट

(नेपाली)

आपातकालिन विवरणविद्यार्थी छाड्ने फाराम

विद्यार्थीको (थर) _____ (नाम) _____ जन्म मिति _____

घरको ठेगाना _____

आमा/अभिभावक _____ फोन # _____

माथिको भन्दा अलग भए ठेगाना _____ (घर) (अन्य)

बाबु/अभिभावक _____ फोन # _____

माथिको भन्दा अलग भए ठेगाना _____ (घर) (अन्य)

यस विद्यालयमा अन्य बच्चाहरूको नाम र थर): _____

आपातकालिन विवरण

आपातकालिन अवस्था, बिमर, वा चोट पटकको अवस्थामा उपचार तथा यातायातका लागि तल नाम दिइएको व्यक्तिलाई सम्पर्क गरिने छ

_____ सम्पर्क _____ (नाम)
(सम्बन्ध) (फोन #)

_____ सम्पर्क _____ (वैकल्पिक)
नाम) (सम्बन्ध) (फोन #)

विद्यार्थीको चिकित्सक _____ सम्पर्क _____
(नाम) (फोन #)

विद्यार्थीको दन्त चिकित्सक _____ सम्पर्क _____
(नाम) (फोन #)

रुचाएको अस्पताल/क्लिनिक (सम्भव हुँदा) _____ सम्पर्क _____
(फोन #)

विद्यार्थीको चिकित्सा बिमा प्रदायक _____

विद्यार्थी छाड्ने विवरण

तपाईंको बच्चाको सुरक्षा सुनिश्चि गर्ने उद्देश्यले कृपया विद्यालय कर्मचारीले तपाईंको बच्चा जिम्मा लगाउन सक्ने जिम्मेवार वयस्क व्यक्तिहरूको नाम दिनुहोस्।

नाम	सम्बन्ध	फोन #

आमा-बाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति