



ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট
শিক্ষার্থীদের ফিল্ড ট্রিপের জন্য জরুরি চিকিৎসার অনুমোদনের সম্মতি ফর্ম

স্কুল: _____ (গ্রেড: _____)

ফিল্ড ট্রিপ/কার্যক্রমের বিবরণ: _____

গন্তব্য: _____

ফিল্ড ট্রিপে ভ্রমণের তারিখ(সমূহ) যাওয়া: _____ ফিরে আসা: _____

সাধারণ তথ্য:

শিক্ষার্থীর নাম: _____ জন্ম তারিখ ____/____/____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: _____ বাড়ির ফোন নম্বর (____) _____

বাড়ির ঠিকানা: _____ সেল/জরুরি ফোন: (____) _____

চিকিৎসার ইতিহাস:

শিক্ষার্থীর কি ডায়াবেটিস, খিঁচুনি, অ্যালার্জি বা অন্য কোন স্বাস্থ্য সমস্যা আছে? _____ না _____ হ্যাঁ
হ্যাঁ হলে অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন _____

শিক্ষার্থী কি বর্তমানে কোন ওষুধ গ্রহণ করছে (অ্যান্টিবায়োটিক, অ্যাস্পিরিন, ট্র্যাংকুইলাইজার, ইনসুলিন থাকলে তা
লিখুন)? _____ না _____ হ্যাঁ _____ হ্যাঁ হলে অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন _____

শিক্ষার্থী কি বর্তমানে চিকিৎসাধীন অবস্থায় রয়েছে? _____ না _____ হ্যাঁ
হ্যাঁ হলে অনুগ্রহ করে বিবরণ দিন _____

চিকিৎসকের নাম: _____

চিকিৎসকের অফিস ফোন: (____) _____ চিকিৎসকের জরুরি/সেল ফোন: (____) _____

হেলথকেয়ার প্রোভাইডার: _____ পলিসি # _____ গ্রুপ # _____

পিতামাতা বা আইনী অভিভাবকের সম্মতি:

আমি (আমরা) এতদ্বারা উপর্যুক্ত নামের শিক্ষার্থীকে চিকিৎসাগত জরুরি অবস্থায় কোন হাসপাতালে বা ঘটনাস্থলে চিকিৎসক বা লাইসেন্সধারী নার্স কর্তৃক চিকিৎসা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। আমি (আমরা) অনুধাবন করি যে ডাইরেক্টর, কর্মচারী, গাইড, এসকর্ট এবং/অথবা চিকিৎসাকর্মীরা আমার (আমাদের) সন্তানদের যতদূর সম্ভব ভালোর জন্য কাজ করবে, এবং আমি (আমরা) তাদের গৃহীত কোন সিদ্ধান্তের জন্য তাদের দায়ী করব না। আমি এই সম্মতির গুরুত্ব এবং উদ্দেশ্যের বিষয়ে সম্পূর্ণভাবে জ্ঞাত হয়ে এখানে স্বেচ্ছায় স্বাক্ষর করে, পূর্ণাঙ্গ ও শর্তবিহীনভাবে, আইন দ্বারা যে-পরিমাণে অনুমোদিত, তদানুযায়ী সকল দায়মুক্তি দিচ্ছি।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (স্পষ্টাক্ষরে) _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর(সমূহ) _____

আজকের তারিখ _____