

স্বাস্থ্য তথ্য / **HEALTH INFORMATION**

ডাক্তার / ক্লিনিকের নাম: _____ ফোন () _____
Name of Physician/Clinic: _____ Telephone _____

স্বাস্থ্য সতর্কীকরণ / **Health Alert**

শিক্ষার্থীর এমন কোন স্বাস্থ্যগত সমস্যা রয়েছে কি যা তার শারীরিক কার্যক্রমে অংশগ্রহণের ওপর প্রভাব ফেলতে পারে? হ্যাঁ / Yes ___ না / No ___

Does child have any health condition that may affect participation in physical activities?

সীমাবদ্ধতা _____ (যেমন: সিঁড়ি বেয়ে ওঠা, জিমে অংশগ্রহণ)

Limitations

(e.g., stair climbing, participation in gym)

অ্যালার্জি / Allergies _____

৫০৪ পরিষেবা বর্তমান বছরের জন্য? হ্যাঁ / Yes ___ না / No ___

পূর্ববর্তী বছরে? হ্যাঁ / Yes ___ না / No ___

504 services for the current year?

Previous Year?

আমার সন্তানের আছে (X যেটি প্রযোজ্য):

ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিমা _____

মেডিকেল _____

কোন স্বাস্থ্যবিমা নেই _____

My child has (X any that apply)

Private health insurance

Medicaid

No health insurance

যদি 'কোন স্বাস্থ্যবিমা নেই' হয়, তাহলে বিমা সম্পর্কে জানতে এ কার্ডের যোগাযোগের তথ্য আপনি অন্যকে জানাতে ইচ্ছুক আছেন কি? হ্যাঁ / Yes ___ না / No ___

If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options?

যদি প্রদত্ত নাম ঠিকানার কাউকেই পাওয়া না যায় এবং আপনার সন্তান অসুস্থ বা আহত হয় তাহলে স্কুলকে আপনি কী করতে বলেন?

If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

এটা সহজেই অনুধাবনযোগ্য যে জরুরি মুহুর্তে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত গ্রহণের সময় স্কুল কর্তৃপক্ষের বিবেচনাই প্রাধান্য পাবে।

উপরোক্ত পিতামাতার সুপারিশের প্রতি যথাসম্ভব সম্মান প্রদর্শন করা হবে।

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

ভাইবোন / Siblings: শেষ নাম / Last Name

প্রথম নাম / First Name

নিবন্ধিত স্কুল / School of Attendance

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

স্কুলের ব্যবহারের জন্য / **FOR SCHOOL USE**

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____

252290062 08/30/07

New York City Department of Education T&I 2359 (Bengali)