



স্কুল: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

## প্রয়োজনীয় ডকুমেন্ট

পূরণ এবং স্বাক্ষর করা ভর্তির ফর্ম ছাড়াও নিম্নোক্ত এসব ডকুমেন্ট আবশ্যিক। এগুলো সন্তানের স্কুলের প্রথম দিবসের আগেই সরবরাহ করতে হবে তবে প্রথম দিবস থেকে ৩০ দিনের মধ্যে অবশ্যই জমা দিতে হবে।

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> পিতামাতা/অভিভাবকের ফটোযুক্ত আইডি                      | <input type="checkbox"/> ঠিকানার প্রমাণের যে কোনো দুটি ডকুমেন্ট যেমন: ড্রাইভার'স লাইসেন্স, ডেট্রয়েট আইডি, W-2, সরকারি সহায়তার ডকুমেন্ট, পে স্টাব, সরকারের দপ্তরের ডাক চিঠি, ইউটিলিটি বিল, ইত্যাদি। |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর জন্ম সনদ অথবা জন্মের রেকর্ড               |  |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর টিকার রেকর্ড বা টিকা অব্যাহতিপত্র         |  |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর সর্বসম্প্রতিক নম্বরপত্র বা প্রতিবেদন পত্র |  |

\*এই ডকুমেন্ট সংগ্রহ করার জন্য কিছু কিছু পরিবার সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারে।

## শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রমাংশ:	নামের মধ্য মাংশ:	নামের শেষমাংশ:	পদবী (জুনি, III, ইত্যাদি):
জন্ম তারিখ: / /	লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ		
শিক্ষার্থীর ফোন (প্রযোজ্য হলে): ( )	শিক্ষার্থীর ইমেইল (প্রযোজ্য হলে):		
<b>শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা:</b>			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
<b>ডাক ঠিকানা (যদি প্রকৃত ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়)</b>			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
যে গ্রেডে ভর্তি হবে:	স্কুল বর্ষ:	শিক্ষার্থী কি 'মাল্টিপল বার্থ'-এর একজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থীর জন্ম কি যুক্তরাষ্ট্রে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না: শিক্ষার্থী কবে যুক্তরাষ্ট্রে প্রথম কোন স্কুলে ভর্তি হয়েছিল? _____ (মাস/বছর)			
শিক্ষার্থী কি ব্যতিক্রমী শিক্ষা কর্মসূচিতে (বিশেষ শিক্ষা) অংশগ্রহণ করে? একটি বেছে নিন।			
<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর ব্যক্তিক শিক্ষা প্ল্যান (আইইপি) আছে		
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর 504 প্ল্যান আছে	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। অন্যান্য _____		
শিক্ষার্থী বা তার পরিবার কি বিগত তিন বছরের মধ্যে কৃষি বা মৎস শিল্পে অস্থায়ী বা মৌসুমি চাকরির জন্য অন্যত্র গিয়েছে?			
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		

## শিক্ষার্থীর ভাষা

শিক্ষার্থীর মাতৃভাষা?  ইংরেজি  অন্য \_\_\_\_\_

ইংরেজি ছাড়া অন্য কোন ভাষায় কি বাড়িতে কথা বলা হয়?  না  হ্যাঁ: যে ভাষায় কথা বলা হয় \_\_\_\_\_

শিক্ষার্থীকে কি দ্বিভাষিক বা ইংরেজি ভাষা শিক্ষার্থী কোর্সে ভর্তি করা হয়েছিল?  হ্যাঁ  না

## শিক্ষার্থীর বাসস্থান

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো সকল শিক্ষার্থীকে করা হয়, যা দ্বারা ডিস্ট্রিক্ট ফেডারেল আইন পালন নিশ্চিত করে। শিক্ষার্থী নির্দিষ্ট কিছু পরিষেবা সহায়তা পাওয়ার যোগ্য কি-না, সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত গ্রহণে আপনার এই উত্তর স্কুলের কর্মীদের সাহায্য করবে।

শিক্ষার্থী নিচের কোন্ ধরণের বাসস্থানে বসবাস করে?

- আশ্রয় কেন্দ্র  
 ট্রানজিশনাল হাউজিং  
 ডাবলড আপ/পরিবার বন্ধু বা অন্যদের সাথে ভাগাভাগি করে বসবাস  
 হোটেল বা মোটেল  
 আশ্রয়হীন (যেমন: ক্যাম্পগ্রাউন্ড, গার্ডি, পার্ক, পরিত্যক্ত ভবন, সাবস্ট্যান্ডার্ড হাউজিং, বাস বা ট্রেন স্টেশন, ইত্যাদি)

শিক্ষার্থী কি পিতামাতা/অভিভাবক/আত্মীয়ের সঙ্গে বসবাস করে না এমন সাথীবিহীন অপ্রাপ্তবয়স্ক?  হ্যাঁ  না

আপনি যদি উপরের যে কোনো একটি উত্তর বেছে নিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে এই ভর্তির প্যাকেটের অন্তর্ভুক্ত ম্যাককিন্সি ভেন্টো স্টুডেন্ট রেকর্ডাল ফর্মটি পূরণ করুন।

## শিক্ষার্থীর জাতিগোষ্ঠী

প্রযোজ্য সব বেছে নিন

আপনি কোনো উত্তর বেছে না নিলে ইউএস ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন-এর বিধি অনুসারে আপনার হয়ে ডিস্ট্রিক্টকে উত্তর বেছে নিতে হবে।

শিক্ষার্থী কি লাভিনো / ল্যাটিনা / ল্যাটিনেক্স?  হ্যাঁ  না

শিক্ষার্থীর জাতিগোষ্ঠী:

- আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কায় জন্ম  
 নেটিভ এশিয়ান  
 কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান  
 স্বেতাঙ্গ (একটি বেছে নিন)  
 ইউরোপিয়ান  
 মধ্য প্রাচ্যীয়  
 উত্তর আফ্রিকান  
 জন্মগত হাওয়াইয়ান / অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয়  
 দ্বীপপুঞ্জীয় অন্যান্য/একাধিক জাতি

## পূর্ববর্তী স্কুলের তথ্য

শিক্ষার্থী সর্বসম্প্রতি যে স্কুলে পড়াশোনা করেছেন

নাম: \_\_\_\_\_

সিটি/স্টেট: \_\_\_\_\_

## পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

পিতামাতা/অভিভাবক 1

নামের প্রথম ও শেষাংশ:

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:

সেল ফোন: ( )

বাড়ির ফোন: ( )

কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): ( )

ইমেইল:

শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই?  হ্যাঁ  না, ঠিকানা দিন:

স্ট্রিট:

অ্যাপা#:

সিটি:

স্টেট:

জিপ কোড:

পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?

না  হ্যাঁ, কোন্ ভাষা? লিখিত \_\_\_\_\_ কথ্য \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত।  হ্যাঁ  না

**পিতামাতা/অভিভাবক 2**

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: (      )		বাড়ির ফোন: (      )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): (      )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা?    লিখিত _____    কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

**পিতামাতা/অভিভাবক 3**

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: (      )		বাড়ির ফোন: (      )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): (      )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা?    লিখিত _____    কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

**পিতামাতা/অভিভাবক 4**

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: (      )		বাড়ির ফোন: (      )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): (      )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা?    লিখিত _____    কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

## ডিপিএসসিডি স্কুলে অধ্যয়নরত মহোদর

নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	

## গণযোগাযোগ ব্যবস্থা

স্কুল বন্ধের নোটিস, গুরুত্বপূর্ণ সংবাদ এবং ঘটনা সম্পর্কে পরিবারদেরকে জানানোর জন্য ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট ফোন কল, ইমেইল, বা টেক্সট বার্তাসহ গণযোগাযোগের বিভিন্ন উপকরণ ব্যবহার করে।

## স্বীকৃতি এবং স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই ভর্তির ফর্মে দেওয়া তথ্য সত্য এবং সঠিক। প্রয়োজন হলে আমি ডিস্ট্রিক্টকে যাচাই করার জন্য সাক্ষাতকার দেবো। আমি অনুধাবন করি যে ভুল তথ্যের কারণে ভর্তি বাতিল হতে পারে। আমি অনুধাবন করি যে এই ফর্মের কোন তথ্যের পরিবর্তন হলে যথাযথ স্কুল অফিসে জানানো আমার দায়িত্ব।

এই ভর্তির ফর্ম স্বাক্ষর করে, আমি মেনে নিচ্ছি ও সম্মত হচ্ছি যে, যদি বসবাসের অবস্থা নির্ণয়ের জন্য আমাদের তথ্য এবং বিবৃতি সঠিক না হয়ে থাকে, তাহলে পুরো যে-সময়কালের জন্য আমার শিক্ষার্থী নন-রেসিডেন্ট ছিল, সে-সময়ের সকল টিউশন ফি এবং সংগ্রহের জন্য ব্যয় করা অর্থ আমি ব্যক্তিগত ভাবে ডিস্ট্রিক্টকে পরিশোধের জন্য দায়বদ্ধ থাকবো।

পিতামাতা বা অভিাবকের/স্বাক্ষর

স্পষ্টাক্ষরে

তারিখ



ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিঙ্গ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিঙ্গ থেকে ভিন্নতর লিঙ্গ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা [dpacd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpacd.compliance@detroitk12.org) -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।



স্কুল: \_\_\_\_\_ স্কুল বর্ষ: \_\_\_\_\_

### শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ	/	/	
গ্রেড:	হোমরুম শিক্ষক:	হোমরুম শ্রেণিকক্ষের নম্বর:			
বাড়ির ঠিকানা স্ট্রিট:	সিটি:	জিপি:			
শিক্ষার্থীর সেল ফোন নম্বর: ( )	শিক্ষার্থীর ইমেইল:				
শিক্ষার্থী কার সঙ্গে বসবাস করে? প্রযোজ্য সবগুলো চিহ্নিত করুন:					
<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পিতামাতামহ	<input type="checkbox"/> অন্য আত্মীয়	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

### জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের তথ্য

#### প্রাথমিক যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সং পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

#### পরবর্তী স্তরের যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সং পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

#### আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সং পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

## জরুরি যোগাযোগের তথ্য - অব্যাহত

### আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

### আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

## শিক্ষার্থীর বাড়িতে থাকা সহোদর

শিক্ষার্থীর বাড়ির সকল সহোদরের তালিকা দিন (স্কুলে যায় না এমন বয়সের শিশুদেরকে অন্তর্ভুক্ত করুন)

নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /

### বাড়তি তথ্য

আরও কোন বাড়তি তথ্য আছে যা জানা থাকলে আমাদের জন্য সহায়ক হবে?

### ডে কেয়ার/স্কুল ছুটি পরবর্তী যত্ন

শিক্ষার্থী কি ডে কেয়ারে যায় বা আফটার স্কুল সেবা গ্রহণ করে?

- না  
 হ্যাঁ, নিচে পূরণ করুন:

সাইটের নাম: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ফোন নম্বর: ( ) \_\_\_\_\_



ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিঙ্গ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিঙ্গ থেকে ভিন্নতর লিঙ্গ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।



**প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক:** এই ফর্মের তথ্য স্কুলে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণের জন্য ব্যবহৃত হবে। অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সকল অংশ পূরণ করে যত শীঘ্রই সম্ভব আপনার সন্তানের স্কুলে ফেরত পাঠাবেন। প্রতিজন শিক্ষার্থীর জন্য প্রতি বছর অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম থাকতে হবে।

স্কুলের নাম:	গ্রেড:	আপনার সন্তান কি এই ডিস্ট্রিক্টে নতুন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মধ্যাংশ:	পদবী (জুনি, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: / /			
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
বাড়ির ফোন বা সেল ফোন: ( )		কর্মস্থলের ফোন: ( )	
স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নাম:		স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর ফোন: ( )	
সর্বশেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষার তারিখ: / / <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই		সর্বশেষ দাঁত পরীক্ষার তারিখ: / / <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই	
আপনার সন্তানের কী ধরনের বিমা আছে? <input type="checkbox"/> মেডিকএইড <input type="checkbox"/> প্রাইভেট <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই <input type="checkbox"/> আমার সন্তানের বর্তমানে কোন বিমা নেই		আপনার সন্তানের মেডিকএইড থাকলে, অনুগ্রহ করে প্ল্যানের নাম চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> অন্যান্য	

## আপনার সন্তানের কি নিম্নোক্ত স্বাস্থ্য সমস্যাগুলোর কোনটি আছে?

স্বাস্থ্য সমস্যা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্য সমস্যা	হ্যাঁ	না
গুরুতর অ্যালার্জি (খাবার, কীটপতঙ্গ, ঔষধ, ল্যাটেক্স) হ্যাঁ হলে, আপনার সন্তান কিসের প্রতি অ্যালার্জিক তা উল্লেখ করুন (নির্দিষ্ট খাবার, কীটপতঙ্গ, ল্যাটেক্স ইত্যাদি)			বিশ্রান্ততা		
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে প্রতিক্রিয়া চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> হাইভ <input type="checkbox"/> ফোলা <input type="checkbox"/> শ্বাস কষ্ট <input type="checkbox"/> অন্যান্য			ডায়াবেটিস		
অ্যালার্জি (মৌসুমী)			মস্তিষ্কে আঘাত বা ধাক্কা		
উদ্বিগ্নতা			শ্রবণ সমস্যা		
অ্যাজমা বা শ্বাসকষ্ট			হৃদযন্ত্রের সমস্যা		
অ্যাটেনশন ডেফিসিট হাইপার অ্যাক্টিভিটি ডিসঅর্ডার			সীসার বিষক্রিয়া		
আচরণগত সমস্যা			গর্ভবতী		
মূত্রথলি বা অস্ত্রের সমস্যা			খিঁচুনি		
দাঁতের সমস্যা			সিকেল সেল রোগ		
			স্পিচ সমস্যা		
			দৃষ্টির সমস্যা		
			চশমা ব্যবহার করে		
			অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, অনুগ্রহ করে এখানে লিখুন:		

## ঔষধ এবং/অথবা বিশেষ কার্যপ্রণালী \*

আপনার সন্তানকে কি প্রতিদিন স্কুলে ঔষধ গ্রহণ করতে হয়?  হ্যাঁ\*  না

আপনার সন্তানের জন্য স্কুলে কোন জরুরি ঔষধ রাখতে হয়?  হ্যাঁ\*  না

আপনার সন্তানের জন্য স্কুলে কি কোন বিশেষ কার্যপ্রণালীর প্রয়োজন হয়?  
(জি-টিউব ফিডিং, ক্যাথেটারাইজেশন, ইত্যাদি)  হ্যাঁ\*  না

\*আপনি যদি উপরের ঔষধ এবং বিশেষ কার্যপ্রণালীর অংশে কোন প্রশ্নের উত্তরে হ্যাঁ বলে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে দিয়ে সংযুক্ত ঔষধ/বিশেষ কার্যপ্রণালীর অনুমতির ফর্ম পূরণ করিয়ে নিন। এই ফর্ম অবশ্যই স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী এবং পিতামাতা উভয় পক্ষ কর্তৃক স্বাক্ষরিত হতে হবে এবং অবশ্যই প্রতি বছর নবায়ন করতে হবে।

## পারিবারিক চাহিদা

বিগত ১২ মাসে, আপনি কি কখনো আপনার চাহিদার চেয়ে কম খেয়েছেন, যার কারণ খাবারের জন্য পর্যাপ্ত অর্থের অভাব?  হ্যাঁ  না

## স্বীকৃতি এবং স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই তথ্য আমার জানামতে সত্য এবং আমি জানি যে যদি এই তথ্যের কোন পরিবর্তন ঘটে তা স্কুলকে জানানো আমার দায়িত্ব। আমি আরও অনুধাবন করি যে, আমার সন্তানকে স্কুলে নিরাপদ ও সুরক্ষিত রাখার জন্য আমার সন্তানের স্কুলের যে-সকল-কর্মচারীর এই তথ্য জানা প্রয়োজন তাদের সঙ্গে এই তথ্য শেয়ার করা হবে।

পিতামাতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্পষ্টাক্ষরে নাম

তারিখ

## TO BE COMPLETED BY OFFICE STAFF

	DATE	STAFF PERSON
Form Received		
Information entered into Student Information System		



ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিঙ্গ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিঙ্গ থেকে ভিন্নতর লিঙ্গ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা [dpdsc.compliance@detroitk12.org](mailto:dpdsc.compliance@detroitk12.org) -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।



## শিক্ষার্থীর তথ্য

শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মধ্যাংশ:	জন্ম তারিখ: / /
পিতামাতা/অভিভাবকের নামের প্রথমাংশ ও শেষাংশ:		বাড়ির ফোন নম্বর বা সেল নম্বর: ( )	

## তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি

তথ্য প্রকাশের সম্মতির এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলোতে সম্মতি দিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্কুলকে শিক্ষার্থীর নিম্নোক্ত তথ্যগুলো নিচের তালিকার ব্যক্তি/গ্রুপের কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি: সন্তানের পারিবারিক এবং জরুরি যোগাযোগের তথ্য, উপস্থিতি ও শৃঙ্খলামূলক রেকর্ড, টিকার ইতিহাস, শারীরিক পরীক্ষার ফলাফল যেমন শ্রুতি এবং দৃষ্টি, মানসিক মূল্যায়ন, বিশেষ শিক্ষার রেকর্ড, সেকশন 504 অনুযায়ী ব্যবস্থার প্ল্যান এবং রোগ সম্পর্কিত যে-কোন তথ্য, যেমন অ্যাজমা, ডায়াবেটিস বা খিচুনি।
  - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী(বৃন্দ)
  - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য বিমা পরিকল্পনা
  - মিশিগান ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস এবং ডেট্রয়েট হেলথ ডিপার্টমেন্ট (শুধুমাত্র টিকার রেকর্ড)
  - স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী - নিচে দেখুন
- আমি অনুধাবন করি যে এই তথ্য শেয়ার করলে ডিপিএসসিডি এ সকল ব্যক্তি/গ্রুপের প্রত্যেকের সঙ্গে কাজ করতে সমর্থ হবে যাতে সেবার সমন্বয় করা যায়, প্রয়োজনে বাইরে গিয়ে পরিষেবা দেওয়া যায়, এবং আমার সন্তানকে স্কুল সুস্থ এবং নিরাপদ রাখা যায়।
- আমি অনুধাবন করি যে, যে-কোন প্রকাশিত রেকর্ডের কপি পাওয়ার অধিকার আমার আছে। (আপনি কপি পেতে ইচ্ছুক হলে অনুগ্রহ করে ইমেইল বা স্ট্রিটের ঠিকানা দিন, যেখানে এই রেকর্ডগুলো পাঠাতে হবে।)
- আমি অনুধাবন করি যে এ সকল ব্যক্তি ডিপিএসসিডি'র দেওয়া রেকর্ড ব্যবহার করে পরবর্তীকালেও আমার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে এবং/অথবা শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে তথ্য যাচাই করতে পারে।
- আমি অনুধাবন করি যে আমার এই অনুমোদন আমি স্বেচ্ছায় জ্ঞাপন করছি এবং আমার সন্তান স্কুল ডিস্ট্রিক্ট ত্যাগ করলে বা গ্র্যাজুয়েট হলে তা বাতিল হয়ে যাবে। **আমি অনুধাবন করি যে এই অনুমোদন যে কোন সময় স্কুলের প্রশাসন অফিসে নোট পাঠিয়ে বা লিখিত পত্রের মাধ্যমে আমি বাতিল করতে পারি।**

স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর মধ্যে নিম্নের যে কেউ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে:

- স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র (SBHC): অনেক রকম সাধারণ রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার সামর্থ্য যেমন গলা ব্যথা, মাথা ব্যথা, এবং কানের সংক্রমণ, এবং দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতার ব্যবস্থাপনা। SBHC আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবাও দিতে সমর্থ।
- দাঁতের যত্নের পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে মুখের স্বাস্থ্য শিক্ষা, স্ক্রিনিং, ফ্লোরাইড ভার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন, প্রতিরোধমূলক যত্ন এবং পরিষ্কারকরণ, রেস্টোরোটিভ/সংশোধনমূলক যত্ন।
- দৃষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে স্ক্রিনিং, পরীক্ষা, চিকিৎসা এবং/অথবা সংশোধন যেমন চশমা
- টিকাদান পরিষেবা
- আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবা

আপনার সন্তান যাতে এ সকল প্রভাইডারের কাছে থেকে পরিষেবা পায়, সেজন্য আপনাকে প্রতিটি প্রভাইডারের সঙ্গে আলাদা আলাদা তালিকাভুক্তির ফর্ম পূরণ করতে হবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম:	শিশুর সঙ্গে সম্পর্ক:	তারিখ: / /
-------------------------	----------------------	---------------

## পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA)

### FERPA বলতে কী বোঝায়?

পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) হচ্ছে একটি ফেডারেল আইন যেটি শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড-এর গোপনীয়তার সুরক্ষা দেয়। সাধারণভাবে, শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ড থেকে কোন তথ্য প্রকাশ করার জন্য স্কুলের কাছে পিতামাতার, বা শিক্ষার্থীর বয়স ১৮-র অধিক হলে, শিক্ষার্থীর অবশ্যই লিখিত অনুমোদন থাকতে হবে।

### কিসের জন্য অনুমতি?

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট আপনার সম্মতির অনুরোধ জানাচ্ছে, কারণ আমাদের শিক্ষার্থীর রেকর্ডের তথ্য আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, স্কুল-ভিত্তিক কোন পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে অথবা আইন অনুযায়ী, মিশিগান এবং ডেট্রয়েট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথসহ বিভিন্ন সংস্থার সঙ্গে আমাদের শেয়ার করতে হতে পারে। স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীরা হচ্ছে চিকিৎসক(বৃন্দ) বা নার্স প্র্যাক্টিশনার(বৃন্দ) যারা আপনার সন্তানের যত্ন নেন, যেমনটা ডিস্ট্রিক্টের রেকর্ডে উল্লেখ করা আছে। হেলথ প্ল্যান হচ্ছে এমন একটি সংস্থা যেটি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবার বেনিফিটগুলো পরিচালনা করে, যেমন মেডিকএইড বা কোনো স্বাস্থ্য বিমা কোম্পানি।

### এই বিষয়টি কেন গুরুত্বপূর্ণ?

এই সম্মতির ফর্ম ডিস্ট্রিক্টকে শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড থেকে স্বাস্থ্য তথ্য, অনুরোধ করা হলে বা আইন অনুযায়ী প্রয়োজন হলে, এবং/অথবা বেনিফিটসহ স্বাস্থ্য সেবার সমন্বয়ে সহায়তার জন্য, শেয়ার করতে সমর্থ করে। আপনার সম্মতি ছাড়া, আপনাকে বা আপনার সন্তানকে সাহায্য করার জন্য ডিস্ট্রিক্ট আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান বা স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে সহযোগিতার পন্থার ক্ষেত্রে বেশ সীমিত হয়ে পড়ে।

### এই ফর্ম কী করতে পারে না

- এই ফর্ম শুধুমাত্র সীমিত কিছু উদ্দেশ্যে, আপনার সম্মতি সাপেক্ষে, ডিস্ট্রিক্টকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দেয়। ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করার লক্ষ্যে, আপনার কাছ থেকে অনুমতি গ্রহণের জন্য প্রতিটি ভিন্ন ভিন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, বা কোন স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নিজস্ব পদ্ধতি থাকতে পারে।
- আপনার এই স্বাক্ষর আপনার পক্ষ হয়ে আপনার সন্তানের চিকিৎসা লাভের জন্য ডিস্ট্রিক্টকে অনুমোদন দেয় না।

**পূর্ববর্তী পাতায় স্বাক্ষর করে ফেরত পাঠিয়ে স্বাস্থ্য পরিষেবার  
সঙ্গে আপনাকে এবং আপনার সন্তানকে সংযুক্ত করতে  
অনুগ্রহ করে আমাদের সাহায্য করুন।**



## অনুগ্রহ করে সকল তথ্য স্পষ্টাঙ্করে লিখুন

বরাবর: \_\_\_\_\_-এর পিতামাতা/অভিভাবক  
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার বিকাশে বিভিন্ন কার্যক্রমে, স্কুল, শিক্ষার্থী বা ডিস্ট্রিক্টকে সবার কাছে তুলে ধরার জন্য, কখনও কখনও ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত অবাণিজ্যিক ভিডিও, ফটোগ্রাফিক এবং/অথবা অডিও প্রোডাকশনের ফ্রু স্কুলে বা আপনার সন্তান অংশগ্রহণ করছে এমন ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত কার্যক্রমে উপস্থিত থাকতে পারে। আপনি যদি এই সকল ভিডিও/ফটোগ্রাফিক/অডিও, প্রোডাকশনস/সাক্ষাৎকার/কার্যক্রমে আপনার সন্তানের অংশগ্রহণে সম্মতি দেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অংশটুকু পাঠ করে স্বাক্ষর দিন।

আমি, \_\_\_\_\_, নামক শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক।  
(পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার স্বার্থে, আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে, এর বোর্ড অব এডুকেশনকে, এবং অবাণিজ্যিক প্রোডাকশন ফ্রুদেরকে, যারা তাদের অনুমোদিত কর্মচারী বা এজেন্টের মাধ্যমে কাজ করবে তাদেরকে, উপস্থিত শিক্ষার্থীর কথা এবং/অথবা চিত্র, এককভাবে বা অন্য ব্যক্তির সঙ্গে, শিক্ষার্থীর নাম প্রকাশ করে বা নাম না প্রকাশ করেই, জনশিক্ষার স্বার্থে ডিপিএসসিডি অনুমোদিত সংশ্লিষ্ট প্রকল্পে ব্যবহার, প্রকাশ এবং অডিও এবং/অথবা ভিজুয়াল রিপ্রোডাকশন কপিরাইটের অনুমোদন দিচ্ছি।

এই অনুমোদন \_\_\_\_\_  
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

যে-দিন থেকে \_\_\_\_\_-এর শিক্ষার্থী হবে  
(স্কুলের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

সেদিন থেকেই অনির্দিষ্টকালের জন্য কার্যকর থাকবে, যতদিন পর্যন্ত না ডিপিএসসিডি-তে বা স্কুলে শিক্ষার্থী হিসাবে তার মেয়াদ বাতিল হচ্ছে। আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে এই সকল চিত্র বা যে-কোন ধরণের রেকর্ডিং-এর কারণে যে কোন দায়, এবং যে কোন ও সকল প্রকার আঘাত, দাবী, ক্ষতি বা ব্যয় বা পারিশ্রমিকের যে-কোন প্রকার অনুরোধ থেকে দায়মুক্তি ও অব্যাহতি দিচ্ছি।

\_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ তারিখ

\_\_\_\_\_ ঠিকানা, সিটি, জিপি

**পূরণ করা ফর্ম আপনার স্কুলে রাখুন।**

**অফিস অব কমিউনিকেশন্স অ্যান্ড মার্কেটিং**

**ফোন: 313-873-3494 | [communications@detroitk12.org](mailto:communications@detroitk12.org)**



## অনুগ্রহ করে সকল তথ্য স্পষ্টাক্ষরে লিখুন

২০২০-২১ স্কুল বর্ষে, প্রত্যেকে শিক্ষার্থী তার পছন্দে স্কুলে শারীরিক ভাবে অথবা অনলাইনে উপস্থিতি থাকার সুযোগ পাবে। আপনার পছন্দ সম্পর্কে আমাদের জানানোর জন্য অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি ব্যবহার করবেন। স্কুল শুরুর আগে আপনি আপনার প্রাথমিক সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করে সুযোগ পাবেন এবং যেকোন সময় আপনার সিদ্ধান্ত হালনাগাদ করতে পারবেন। আপনার উত্তরে কোন পরিবর্তনের জন্য, অনুগ্রহ করে সরাসরি স্কুলে যোগাযোগ করবেন।

আপনার সন্তানকে আপনি "ফল"-এ কভাবে স্কুলে ফেরত পাঠাতে চান? (একটি বছে ননি।)

**শুধুমাত্র অনলাইন:** ভার্চুয়াল আয়োজনে শিক্ষার্থীবৃন্দ তাদের সার্টফাইড শিক্ষকদের সাথে অনলাইন কোর্সে কাজ করতে পারবে। অনলাইনে ঐচ্ছিক বিষয়গুলো মূলত সীমিত পর্যায়ে থাকবে, তবে ইংরেজি-ভাষা শৈলী, গণিত, বিজ্ঞান এবং সমাজ পাঠের মত মৌলিক বিষয় বস্তুর এলাকার উপর জোর দেওয়া হবে। দৈনিক উপস্থিতি আবশ্যিক। গের্ড এবং বাড়ির কাজ পরদান করা হবে।

**শুধুমাত্র শারীরিক ভাবে:** শারীরিক উপস্থিতির আয়োজনে, আমরা একটি শের্গিককেশ শিক্ষার্থীদের শারীরিক উপস্থিতি ২০ বা তার কম সংখ্যাতে সীমিত রাখবো। ইংরেজি-ভাষা শৈলী এবং গণিতের উপর জোর দিয়ে স্কুল দিবস সংক্ষিপ্ত রাখা হবে। ইংরেজি-ভাষা শৈলী এবং গণিতের উপর ছোট ছোট গ্রুপে সহায়তা অব্যাহত থাকবে। শিক্ষার্থীবৃন্দ এর মধ্যেও আর্ট, মিউজিক, শারীরিক অনুশীলন এবং বিরতির সুযোগ পাবে। নিরাপত্তা ব্যবস্থার অন্তর্ভুক্ত থাকবে কর্মচারীদের জন্য কোভিড পরীক্ষা, কর্মচারী এবং শিক্ষার্থীদের জন্য দৈনিক তাপমাত্রা এবং উপসর্গের পরীক্ষা, শের্গিক কেশের দৈনিক ব্যাপক পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা, এবং সকল কর্মচারী ও শিক্ষার্থীদের জন্য মাস্কের ব্যবহার।

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_

শিক্ষার্থীর জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

শিক্ষার্থীর স্কুল (২০২০-২১ স্কুল বর্ষ): \_\_\_\_\_

পতিমাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

**VERIFY THAT THE FORM HAS BEEN SIGNED BY THE PARENT / GUARDIAN AND  
KEEP ON FILE AT YOUR SCHOOL WITH ALL ENROLLMENT DOCUMENTATION.  
STUDENT'S SELECTION SHOULD BE ENTERED INTO POWERSCHOOL.**