



অনুগ্রহ করে শুধু তখনই পূরণ করবেন যদি আপনার সন্তান নিচের যে কোন একটি শর্ত পূরণ করে:

- স্কুলে বিশেষ শিক্ষা পরিষেবা পায়
- স্কুলে প্রতিদিন বা জরুরি ঔষধের প্রয়োজন হয়
- স্কুলে বিশেষ কার্যপ্রণালী সম্পন্ন করার প্রয়োজন হয় (উদাহরণস্বরূপ-টিউব ফিডিং, ক্যাথেটেরাইজেশন, ইত্যাদি)
- দীর্ঘমেয়াদি স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে, যেমন অ্যাজমা, ডায়াবেটিস, খিঁচুনি, গুরুতর অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া, ইত্যাদি।

চিকিৎসা তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমতির ফর্ম

আমি এতদ্বারা নিম্নের চিকিৎসক/চিকিৎসা স্থাপনাকে ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট, অফিস অব স্টুডেন্ট ইনফরমেশন সার্ভিসেস-এর কাছে আমার সন্তানের চিকিৎসা তথ্য প্রকাশের অনুবোধ জানাচ্ছি এবং অনুমোদন দিচ্ছি:

চিকিৎসক/চিকিৎসা স্থাপনা: _____

ফোন নম্বর: _____

সন্তানের নাম: _____ জন্ম তারিখ: / /

আমি অনুধাবন করি যে এই অনুমতি আমি স্বেচ্ছায় দিচ্ছি এবং আমার সন্তান ডিস্ট্রিক্ট ত্যাগ করলে বা আমি লিখিতভাবে জানালে তা বাতিল হয়ে যাবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: _____

স্বাক্ষর: _____

শিশুর সঙ্গে সম্পর্ক: _____

ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

তারিখ: / /