WEST SHORE स्कुल डिस्ट्रिक्ट

**हाइ स्कुल स्थल भ्रमण - अभिभावकको अनुमति फाराम**

*बोर्ड नीति 121: स्थलगत भ्रमणहरू अन्तर्गत प्रयोगका लागि। विद्यार्थीलाई क्याम्पस बाहिरको कुनै पनि गतिविधिमा सहभागी हुन अनुमति दिनुअघि फाराममा हस्ताक्षर गरी फिर्ता गरिनुपर्छ।*

विद्यालय/सल्लाहकारले भर्नुपर्ने

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| निम्नमा फाराम पठाउनुहोस्: |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | अन्तिम मिति: |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| भ्रमणको उद्देश्य:  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| गन्तव्य र मिति(हरू):  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| विद्यालय/समूह:  |       |

**बुबाआमा/अभिभावकले भर्नुपर्ने**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| विद्यार्थीको थर | पहिलो | ग्रेड |

म/हामी आफ्नो बच्चालाई माथि उल्लेखित स्थल भ्रमणमा सहभागी हुन अनुमति **[ ]  दिन्छु/दिन्छौँ** **[ ]  दिन्न/दिँदैनौँ**।

***गतिविधिमा उपस्थित हुन अनुमति दिइएमा कृपया लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:***

**म/हामी उनलाई निम्न तरिका(हरू) मा लैजानका लागि सहमति दिन्छु/दिन्छौं:**[ ]  डिस्ट्रिक्ट यातायात (बस/भ्यान) [ ]  डिस्ट्रिक्टको कर्मचारी सदस्यको व्यक्तिगत सवारीसाधन

[ ]  मेरो बच्चाले सो स्थानमा ड्राइभ गर्न सक्छ। [ ]  मेरो बच्चा अर्को विद्यार्थी ड्राइभरसँग आउन सक्छ।

**म/हामी निम्नका लागि सहमति दिन्छु/दिन्छौँ:**

डिस्ट्रिक्टले प्रिन्ट र सामाजिक सञ्जालमा विद्यार्थीको फोटो प्रयोग गर्ने [ ]  हो [ ]  होइन

समाचार मिडियाले प्रिन्ट र सामाजिक सञ्जालमा विद्यार्थीको फोटो प्रयोग गर्ने [ ]  हो [ ]  होइन

**यदि तपाईंको बच्चालाई चिकित्सकीय ध्यान दिनुपर्ने छ वा चिकित्सकीय समस्याहरू छन् भने, कृपया तिनीहरूलाई तल सूचीबद्ध गर्नुहोस्।** स्थल भ्रमणको समयमा तपाईंको बच्चाले औषधि लिनका लागि विद्यालय नर्ससँग यात्राको 24 घण्टाभन्दा अघि नै व्यवस्था गरिनुपर्छ।

|  |
| --- |
|  |
|  |

**कृपया दुई ओटा आपतकालीन सम्पर्कहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |
|  | नाम | विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध | फोन # |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. |  |  |  |
|  | नाम | विद्यार्थीसँगको सम्बन्ध | फोन # |

***आवश्यक हस्ताक्षरहरू:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| बुबाआमा/अभिभावकको हस्ताक्षर: |  | मिति: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| विद्यार्थीको हस्ताक्षर: |  | मिति: |  |