

نیو یارک اسٹیٹ 21 ویں صدی کے کمیونٹی لرننگ سینٹرز (Century Community Learning Centers, CCLC)  
[پروگرام کا نام] میں اندراج کا فارم [تعلیمی سال]

بچے کی تصویر (اختیاری)	طالب علم کا پورا نام:	تاریخ پیدائش:	صنف:	
	ترجیحی نام:	طالب علم کے گھر کا پتہ:		
	گھر کا فون:	گھر پر بولی جانے والی زبان (زبانیں):		
	نسلی گروپ: <input type="checkbox"/> امریکی ہندوستانی / الاسکا کا باشندہ <input type="checkbox"/> سیاہ فام یا افریقی امریکی <input type="checkbox"/> ہسپانوی یا لاطینی <input type="checkbox"/> ایشیائی <input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> مقامی ہوائی/بحرالکابل جزیرے کا باشندہ <input type="checkbox"/> دو یا دو سے زیادہ نسلیں <input type="checkbox"/> دیگر _____			
	طالب علم کا ID نمبر (پروگرام کے ذریعے مکمل کیا جائے گا): <input type="checkbox"/> NYSED ID <input type="checkbox"/> ڈسٹرکٹ ID	اسکول جا رہا ہے:		
	طالب علم کا پرائمری ٹیچر (صرف جماعت 1 تا 5 کے طلباء کیلئے ضروری ہے) اگر قابل اطلاق نہ ہو تو ناقابل اطلاق پر نشان لگائیں			
	طالب علم کا اندراج کرانے والے شخص کا نام:	طالب علم سے رشتہ: <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> سرپرست <input type="checkbox"/> نگران <input type="checkbox"/> رشتہ دار <input type="checkbox"/> دیگر _____		
	طالب علم کا اندراج کرانے والے شخص کا پتہ (اگر طالب علم کے پتہ سے مختلف ہے):			
طالب علم کا اندراج کرانے والے شخص کا فون نمبر (نمبرز):				
ای میل:				

بنگامی رابطہ کے نام	لے جانے کیلئے مجاز	بنیادی فون نمبر	دیگر فون نمبر/ای میل
بنیادی رابطہ:	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
بنیادی رابطہ:	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
ثانوی رابطہ:	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		

چھٹی کے وقت طالب علم کی رہائی

میں اپنے بچے کو چھٹی ہونے پر اکیلے جانے کی اجازت دیتا ہوں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں			
اگر نہیں، تو میرے بچے کو اسکول کے اوقات کے بعد میں یا درج ذیل افراد میں سے کوئی ایک فرد لے جائے گا:			
نام:	فون:	طالب علم سے رشتہ:	
نام:	فون:	طالب علم سے رشتہ:	

درج ذیل افراد میرے بچے کو نہیں لے جا سکتے ہیں:

نام:	طالب علم سے رشتہ:
نام:	طالب علم سے رشتہ:
نام:	طالب علم سے رشتہ:

طبی بنگامی حالات کے دوران طالب علم کی چھٹی

اگر میں بنگامی حالات کے دوران دستیاب نہیں رہتا ہوں تو، میرے بچے کو درج ذیل افراد میں سے کسی کے ساتھ رخصت کیا جا سکتا ہے:

نام:	فون:	طالب علم سے رشتہ:
نام:	فون:	طالب علم سے رشتہ:

## طالب علم کی صحت کی معلومات

تمام معلومات خفیہ ہیں اور پروگرام کے عملہ کے ذریعے طلباء کی حفاظت کو یقینی بنانے کیلئے ان کا استعمال کیا جاتا ہے۔

کیا آپ کے بچے کو درج ذیل میں سے کوئی ہے؟

الرجی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، تو درج کریں کہ بچے کو کن چیزوں سے الرجی ہے:
دمہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، تو کیا آپ کا بچہ اپنے دمہ کیلئے انہیلر یا دوسری دوا استعمال کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں * <input type="checkbox"/> نہیں
ذیابیطس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، تو کیا آپ کے بچے کو دوا کی یا خون میں موجود گلوکوز کی نگرانی کی ضرورت ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں * <input type="checkbox"/> نہیں
دورہ کا عارضہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، تو کیا آپ کے بچے کو دوروں کی روک تھام یا علاج کے لیے دوا کی ضرورت ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں * <input type="checkbox"/> نہیں
بینائی کی حالت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، اور آپ کے بچے کو اسکول میں چشمہ یا کانٹیکٹس پہننے کے علاوہ کسی اور مدد کی ضرورت ہے، تو براہ کرم بیان کریں:
سماعت کی حالت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، اور آپ کے بچے کو اسکول میں ہیئرنگ ایڈ پہننے کے علاوہ امداد کی ضرورت ہے، تو براہ کرم بیان کریں:
جسمانی حدود	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کا بچہ اسکول میں جسمانی تعلیم کی کلاس میں بغیر کسی پابندی کے شرکت کرنے کے قابل ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر نہیں، تو براہ کرم اس کی سرگرمی کی حدود درج کریں:
دوسری دوا (دوائیں)	<input type="checkbox"/> ہاں * <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں، تو براہ کرم درج کریں:
کیا آپ کے بچے کو خوراک کی خصوصی ضروریات، دیگر صحت کے تقاضے، یا طرز عمل/جذباتی ضروریات درپیش ہیں؟ اگر ہاں، تو براہ کرم بیان کریں:		
* براہ کرم نوٹ کریں کہ پروگرام میں لی گئی یا دی جانے والی ادویات کیلئے والدین/سرپرست کی تحریری رضامندی اور نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے آرڈر کی ضرورت ہوگی۔ تفصیلات کیلئے براہ کرم پروگرام ڈائریکٹر/سائٹ کوآرڈینیٹر سے رابطہ کریں۔		

## اقرار نامے

میں اپنے بچے کو 21 ویں CCLC پروگرام میں اندراج کرانے اور شرکت کرنے کی اجازت دیتا ہوں □ ہاں □ نہیں

میں سمجھتا ہوں کہ 21 ویں CCLC پروگرام میں شرکت کیلئے درج ذیل اقرار نامے اور رضامندیاں منظوری کیلئے پیشگی شرائط نہیں ہیں۔ □ ہاں □ نہیں  
میں اپنے بچے کیلئے ہنگامی طبی علاج کیلئے رضامندی دیتا ہوں □ ہاں □ نہیں

میں اپنے بچے کو انٹرویوز، اقتباسات کے استعمال، اور [پروگرام کا نام] کے ذریعے تصاویر، فلمیں، یا ویڈیو ٹیپس لینے میں شرکت کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔ میں [پروگرام کا نام] کو غیر منافع بخش مقاصد کیلئے، بشمول پرنٹ، انٹرنیٹ پر، اور میڈیا کی دیگر تمام شکلوں میں مذکورہ پروڈکٹس میں ترمیم کرنے، استعمال کرنے اور دوبارہ استعمال کرنے کا حق بھی دیتا ہوں۔ میں اس کے ذریعے [پروگرام کا نام] کو اور اس کے ایجنٹوں اور ملازمین کو مذکورہ بالا کے سلسلے میں تمام دعووں، مطالبات اور ذمہ داریوں سے بھی بری کرتا ہوں۔ □ ہاں □ نہیں

میں اپنے بچے کو پروگرام کی سائٹ سے دور، زیر نگرانی فیلڈ ٹریپس میں حصہ لینے کیلئے رضامندی دیتا ہوں۔ □ ہاں □ نہیں

میں سمجھتا ہوں کہ پروگرام کو نقل و حمل، ادویات، معلومات کی فراہمی، اور فیلڈ ٹریپس جیسے حالات کیلئے اضافی اجازتوں کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ □ ہاں □ نہیں

میں نے اپنے بچے کی حفاظت میں مدد کیلئے پروگرام کو اپنے بچے کی خصوصی ضروریات کے بارے میں معلومات فراہم کی ہیں۔ □ ہاں □ نہیں

میں سمجھتا ہوں کہ میرے بچے کی خصوصی سیکھنے کی ضروریات کے بارے میں معلومات میرے بچے کے اسکول آف انزولمنٹ کے ذریعہ 21 ویں CCLC پروگرام کے عمل کے ساتھ میرے بچے کے تعلیمی فائدے کیلئے جاننے کی ضرورت کی بنیاد پر شیئر کی جائیں گی □ ہاں □ نہیں

جب بھی کوئی تبدیلی واقع ہوتی ہے تب اور کم از کم ہر سال ایک بار، میں اس معلومات کا جائزہ لینے اور اپ ڈیٹ کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ □ ہاں □ نہیں

میں پروگرام کے عمل سے اپنے بچے کی پیشرفت اور 21 ویں CCLC پروگرام میں شرکت کے بارے میں بات کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ □ ہاں □ نہیں

اگر کسی بھی وقت میں اپنے بچے کی شرکت (کسی بھی یا تمام پہلوؤں) کے بارے میں اپنا خیال بدلتا ہوں، تو میں سائٹ کو آرڈینیشن سے رابطہ کروں گا۔ □ ہاں □ نہیں

### طلباء کے ڈیٹا کے تقاضے اور سروے/انٹرویو کی رضامندی

میں سمجھتا ہوں کہ میرے بچے کی تعلیمی، رویہ جاتی، حاضری کی، اور مشغولیت کی معلومات نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ تعلیم اور اس کے قانونی ٹھیکیداروں کے ساتھ شیئر کی جائیں گی، تاکہ مقامی 21 ویں سنچری کمیونٹی لرننگ سنٹر (21 ویں CCLC) پروگرام کے معیار اور اس پر عمل درآمد، نیز طالب علم کی ترقی میں تعاون کیلئے نیو یارک اسٹیٹ کے پروگرام کی تائید کی پیمائش اور جانچ کی جا سکے، جیسا کہ ٹائٹل IV، ایوری اسٹوڈنٹ سکیسیٹیز ایکٹ (Every Student Succeeds Act, ESSA) کے حصہ B کیلئے درکار ہے [عام طور پر سیکشنز (b) 4205 اور (14) 4203 دیکھیں]۔

میں سمجھتا ہوں کہ مجھ سے اور میرے بچے سے 21 ویں CCLC پروگرام اور اس کے اثرات کے بارے میں سروے اور/یا انٹرویوز میں شرکت کرنے کیلئے کہا جا سکتا ہے۔ اگر آپ باہر ہونا چاہتے ہیں اور سروے اور/یا انٹرویوز میں حصہ نہیں لینا چاہتے ہیں تو صرف مندرجہ ذیل باکس کو نشان زد کریں۔ □

ذیل میں دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا ہوں کہ (اوپر دی گئی) تمام معلومات میری بہترین معلومات کے مطابق درست اور قطعی ہیں۔

دستخط کی تاریخ

والدین/رشتہ دار/سرپرست کا دستخط

رشتہ دار/سرپرست میں والدین/شخص کا نام: