



POWER SCHOLARS ACADEMY™ कार्यक्रम

दर्ता/डाटा फाराम

कृपया कार्यक्रममा नामाङ्कित हुने प्रत्येक बच्चाको लागि निम्नलिखित जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

बच्चाको नाम: _____ विद्यालयको ID #: _____

जन्म मिति: (महिना/दिन/वर्ष) ____/____/____ लिङ्ग: ☐ पुरुष ☐ महिला

प्रवेश गर्ने ग्रेड (एउटा चयन गर्नुहोस्): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 बच्चाको विद्यालय: _____

बच्चाको सर्टको साइज: ☐ युवाको सानो ☐ युवाको मध्यम ☐ युवाको ठूलो ☐ वयस्कको सानो ☐ वयस्कको मध्यम

साइन इन गरी आउट गर्नुहोस्: (एउटा चयन गर्नुहोस्)

☐ मेरो बच्चाले विद्यालय जाँदा र विद्यालयबाट फर्कँदा बसमा यात्रा गर्नेछ (आमाबुवा/अभिभावकले बसिड अनुमति दिएर तल हस्ताक्षर गर्नुपर्छ)

_____ मैले मेरो बच्चालाई पावर स्कोलर्स जाँदा र त्यहाँबाट फर्कँदा बसमा यात्रा गर्न अनुमति दिन्छु

☐ मोरो बच्चालाई दैनिक रूपमा एउटा वयस्कद्वारा कार्यक्रममा ड्रप गरिनेछ र त्यहाँबाट पिक-अप गरिनेछ

बच्चाको घर/पत्राचार ठेगाना: _____
स्ट्रीट जिप कोड

आमाबुवा/अभिभावक #1: _____
(कृपया छापुहोस्) पहिलो नाम अन्तिम नाम

बच्चासँगको नाता: _____ पिक-अप गर्न अनुमति दिने हो? हो _____ होइन _____

प्राथमिक फोन: _____ अन्य फोन: _____

इमेल ठेगाना: _____

आमाबुवा/अभिभावक #2: _____
(कृपया छापुहोस्) पहिलो नाम अन्तिम नाम

बच्चासँगको नाता: _____ पिक-अप गर्न अनुमति दिने हो? हो _____ होइन _____

प्राथमिक फोन: _____ अन्य फोन: _____

इमेल ठेगाना: _____

आपतकालीन सम्पर्क पहिलो नाम र पछिल्लो नाम	बच्चासँगको नाता	प्राथमिक फोन	अन्य फोन	पिक-अप गर्न अनुमति दिने हो?
1.				हो _____ होइन _____



2.				हो____ होइन ____
3.				हो____ होइन ____

Power Scholars Academyमा लिइएका सबै औषधिहरूको सूची बनाउनुहोस् (यदि कुनै छैनन् भने खाली छोड्नुहोस्)

औषधिको नाम: _____ आवश्यकताहरू: _____

औषधिको नाम: _____ आवश्यकताहरू: _____

औषधिको नाम: _____ आवश्यकताहरू: _____

सबै निर्देशित औषधिलाई त्यसको मौलिक लेबल गरिएको भाँडोमा राखेर विद्यालयका परिचारिकाहरूलाई दिनुपर्छ।

सबै एलर्जी र चिकित्सा अवस्थाहरूको सूची बनाउनुहोस् (यदि कुनै छैनन् भने खाली छोड्नुहोस्)

सबै खाद्य एलर्जी र आहार सम्बन्धी प्रतिबन्ध वा स्वास्थ्य सरोकारहरूको सूची बनाउनुहोस् (यदि कुनै छैनन् भने खाली छोड्नुहोस्)

तलको मेरो हस्ताक्षरले निम्न कुरा संकेत गर्छ

मैले शुद्धताको लागि यो दर्ता फारामको समीक्षा गरेको छु र परिवर्तनहरूको बारेमा Power Scholars Academy सँग तरुन्तै कुरा गर्नुपर्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।

मैले मेरो बच्चा Power Scholars Academy मा दैनिक रूपमा उपस्थित हुने प्रतिज्ञा गर्छु। मेरो बच्चा बिरामी भएमा वा उपस्थित हुन असक्षम भएमा मैले अग्रिम रूपमा कार्यक्रम साइटको प्रबन्धकलाई सूचित गर्नेछु।

मैले बुझ्दछु कि अन्तिम हप्ताको फिल्ड ट्रिप कम्तीमा 85% उपस्थित भएका सबै स्कोलरहरूको लागि खुला छ।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____



आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

विद्यालयमा प्रयोगको लागि मात्र: प्राथमिकता प्रतिक्षा सूची

Y को प्रयोगको लागि मात्र: प्रमाणीकरण पठाइयो _____ रोस्टरमा थपियो _____ PDM मा प्रविष्ट गरियो _____

STAR लगइन _____



POWER SCHOLARS ACADEMY™ को वेभर र खुलासा

तलको मेरो हस्ताक्षरले मैले आफ्नो बच्चा/लाई सबै सम्पन्नता क्रियाकलाप, फिल्ड ट्रिप, हिँडाइ र मूल्याङ्कन प्रक्रिया सहित POWER SCHOLARS ACADEMY™ मा सहभागी हुन अनुमति दिन्छु भन्ने कुरा संकेत गर्छु। मूल्याङ्कन प्रक्रियामा जनसांख्यिकीय डाटा, उपस्थिति, शैक्षिक परिणाम र युवा विकास परिणामहरू समावेश हुन्छन् भन्ने कुरा मैले बुझ्दछु।

आपतकालीन अवस्थामा, मैले मेरो बच्चा/लाई उपचारको लागि नजिकैको अस्पतालमा ट्रान्सपोर्ट गर्न अनुमति दिन्छु।

मैले यु.एस.एका Lancaster Family YMCA, YMCA, Lancaster स्कूल डिस्ट्रिक्ट र Power Scholars Academy का सम्पन्नता साझेदारहरूलाई कुनै लेखमा मेरो बच्चाको फोटो, भिडियो र नाम प्रयोग गर्न वा विद्यालय वा समाचार मिडियामा प्रदर्शन गर्न अनुमति दिन्छु।

मैले मेरो बच्चा/लाई फिल्ड ट्रिपहरूमा सहभागी हुन र समर कार्यक्रममा विद्यालयको बसमा यात्रा गर्न अनुमति दिन्छु।

यु.एस.एका Lancaster Family YMCA, YMCA, Lancaster स्कूल डिस्ट्रिक्ट र पावर स्कोलर्स एकेडेमी सम्पन्नता साझेदारहरूसँग कुनै पनि ढाँचा र व्यवहारमा मेरो बच्चाको विद्यालय डाटा र मेरो सर्वेक्षणका प्रतिक्रियाहरू प्रयोग गर्ने अधिकार हुन्छ र मैले यसमा अहिले र भविष्यमा पनि कुनै आपत्ति जनाउनेछैन भनी सहमति जनाउँछु।

डाटा र सर्वेक्षणका प्रतिक्रियाहरू यु.एस.एको YMCA वा अन्यद्वारा गरिएको अर्को कार्यको रूपमा प्रयोग हुन सक्छन् र यु.एस.एको YMCA ले यो कार्य अन्यलाई पनि दिन सक्छ।

मेरो बच्चाको बारेमा कुनै पनि जानकारी अनुसन्धान प्रक्रिया बाहिरको कोही व्यक्तिलाई खुलासा गरिनेछैन। अनुसन्धान कर्मचारीले कुनै सामग्री वा डाटा मार्फत उसको/उनको नाम प्रकट नगराएर मेरो बच्चाको गोपनीयतालाई कायम राख्नुहुनेछ।

मेरो बच्चासँग IEP वा अन्य कागजातीकरण गरिएको योजना छ भने, मैले Lancaster स्कूल डिस्ट्रिक्टलाई यो जानकारी Lancaster Family YMCA सँग साजा गर्न अनुमति दिन्छु। मेरो बच्चाका शैक्षिक आवश्यकताहरूमा YMCA ले सक्ने जति सहायता गर्नको लागि यसले YMCA लाई Lancaster स्कूल डिस्ट्रिक्टसँग सहकार्य गर्न अनुमति दिनेछ।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____