



SHIPPENSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
PARENT PERMISSION SLIP
अभिभावकको अनुमति – शिपेन्सबर्ग क्षेत्रीय विद्यालय जिल्ला

Name of Advisor/Teacher / सलाहकार/शिक्षकको
नाम _____

I hereby give my consent for / म यसद्वारा आफ्नो सहमति प्रदान गर्दछु
_____ to attend / उपस्थित हुन

(Student Name / विद्यार्थीको नाम)

(Name of Event / कार्यक्रमको नाम)

on / मा _____ and agree to release and indemnify Shippensburg Area School
(Date / मिति)

District and its heirs, executors, administrators, agents, representatives, solicitors, and successors, and assume full and complete responsibilities, financial and otherwise, for any and all damages, injuries, liabilities, obligations, claims, litigations, expenses, judgements and proceedings whatsoever, which may at any time be imposed upon, incurred by or asserted or awarded against Shippensburg Area School District, which are not covered by the student's insurance and which arise out of or are in connection with the practice, services and techniques of the aforementioned program.

र म शिपेन्सबर्ग क्षेत्रीय विद्यालय जिल्ला तथा यसको उत्तराधिकारी, कार्यकारी, प्रशासक, प्रतिनिधि, एजेन्ट, वकिल र उत्तराधिकारीहरूलाई कुनै पनि प्रकारको जिम्मेवारीबाट मुक्त गर्न र क्षतिपूर्ति दिन सहमत छु, साथै विद्यार्थीको बीमाले नढाकेका र माथि उल्लेखित कार्यक्रमसँग सम्बन्धित कुनै पनि प्रकारका क्षति, चोटपटक, दायित्व, दाबी, मुद्दा, खर्च, फैसला वा कार्यवाहीका लागि पूर्ण आर्थिक तथा अन्य सबै जिम्मेवारी वहन गर्नेछु।

In case of accident, injury or illness, I/we hereby authorize the student's advisor to take the above-named student to a physician or the emergency room of a hospital. It is imperative for the advisor to know whether your child has any allergies, handicaps or other health concerns.

दुर्घटना, चोटपटक वा बिरामीको अवस्थामा, म/हामी यसद्वारा विद्यार्थीका सल्लाहकारलाई माथि उल्लेखित विद्यार्थीलाई चिकित्सक वा अस्पतालको आपतकालीन कक्षमा लैजान अनुमति दिन्छु/दिन्छौं। विद्यार्थीलाई कुनै एलर्जी, अपाङ्गता वा अन्य स्वास्थ्य समस्या भए/नभएको जानकारी सल्लाहकारलाई हुनु अत्यन्त आवश्यक छ।

Please list: / कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

Date of last Tetanus shot (if known) /

मिति de la última vacuna contra el tétanos (si se conoce) _____

(Parent or Guardian Signature / अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर) (Telephone Number/फोन नम्बर)

Transportation (will or will not) be furnished by District owned or contracted vehicle. यातायात (हुने वा नहुने)
जिल्ला स्वामित्वमा रहेको वा जिल्लाद्वारा सम्झौता गरिएको सवारी साधनमार्फत उपलब्ध गराइनेछ।