



SHIPPENSBURG AREA SCHOOL DISTRICT PARENT PERMISSION SLIP

والدین کی اجازت نامہ – شپنزرگ ایریا اسکول ڈسٹرکٹ

Name of Advisor/Teacher / مشیر / استاد کا نام / _____

I hereby give my consent for میں بذریعہ اس تحریر اپنی اجازت دیتا/ دیتی ہوں /

to attend / شرکت کرنے کے لیے /

(Student Name / طالب علم کا نام /)

on / بتاریخ / _____

(Name of Event / نتیجہ کا نام /)

(Date / تاریخ /)

and agree to release and indemnify Shippensburg Area School/ بری سے بری / ذمہ داری سے بری /
الذمہ قرار دینے اور اس کا معاوضہ ادا کرنے پر رضامند ہوں۔

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.

اور ضلع اور اس کے ورثاء، وصی، منظہمین، ایجنسی، نمائندگان، وکلاء اور جانشینوں کے حوالے سے، میں مکمل اور تمام ذمہ داریاں—مالی اور دیگر تمام اقسام کی—قبول کرتا/کرتی ہوں، بشمول بر قسم کے نقصانات، چوٹوں، ذمہ داریوں، فرائض، دعووں، قانونی کارروائیوں، اخراجات، فیصلوں اور عدالتی کارروائیوں کے، جو کسی بھی وقت شپنزرگ ایریا اسکول ڈسٹرکٹ پر عائد ہوں، برداشت کیے جائیں، دعوی کیے جائیں یا اس کے خلاف فیصلے دیے جائیں، اور جو طالب علم کے بیمہ میں شامل نہ ہوں، اور جو مذکورہ پروگرام کی سرگرمیوں، خدمات یا طریقہ کار سے پیدا ہوں یا ان سے متعلق ہوں۔

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.

hadثے، چوٹ یا بیماری کی صورت میں، میں/بھی بذریعہ اس تحریر طالب علم کے مشیر کو اجازت دیتے ہیں کہ وہ مذکورہ طالب علم کو کسی معالج یا بسپتال کے ایمرجنسی روم میں لے جائے۔ مشیر کے لیے بہ جانتا ہیات ضروری ہے کہ آپ کے بچے کو کسی قسم کی الرجی، معدوری یا دیگر طبی مسائل لاحق ہیں۔

Please list: براہ کرم درج کریں /

Date of last Tetanus shot (if known) /

آخری ٹیٹس ویکسین کی تاریخ (اگر معلوم ہو) _____

(Parent or Guardian Signature / (والدین یا سرپرست کے دستخط /) (Telephone Number / فون نمبر /)

Transportation (will or will not) be furnished by District owned or contracted vehicle.

نقل و حمل (فرابم کیا جائے گا یا نہیں کیا جائے گا) (صلعی اسکول کی ملکیت والی یا اس کے ساتھ معابدہ شدہ گاڑی کے ذریعے کیا جائے گا۔