



# SHIPPENSBURG AREA SCHOOL DISTRICT PARENT PERMISSION SLIP

والدین کی اجازت نامہ - شپینزبرگ 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 / بتاريخ  
(Name of Event / تقریب کا نام) (Date / تاریخ)

and agree to release and indemnify Shippensburg Area School/ اور شپینزبرگ ایریا اسکول ڈسٹرکٹ کو ہر قسم کی 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، منتظمین، ایجنٹس، نمائندگان، وکلاء اور جانشینوں کے حوالے سے، میں مکمل اور تمام ذمہ داریاں—مالی اور دیگر تمام اقسام کی—قبول کرتا/کرتی ہوں، بشمول ہر قسم کے نقصانات، چوٹوں، ذمہ داریوں، فرائض، دعویوں، قانونی کارروائیوں، اخراجات، فیصلوں اور عدالتی کاروائیوں کے، جو کسی بھی وقت شپینزبرگ ایریا اسکول ڈسٹرکٹ پر عائد ہوں، برداشت کیے جائیں، دعویٰ 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.

حادثے، چوٹ یا بیماری کی صورت میں، میں/ہم بذریعہ اس تحریر طالب علم کے مشیر کو اجازت دیتے ہیں کہ وہ مذکورہ طالب علم کو کسی معالج یا ہسپتال کے ایمرجنسی روم میں لے جائے۔ مشیر کے لیے یہ جاننا نہایت ضروری ہے کہ آیا آپ کے بچے کو کسی قسم کی الرجی، معذوری یا دیگر طبی مسائل لاحق ہیں۔

Please list: / براہ کرم درج کریں:

Date of last Tetanus shot (if known) /

آخری ٹیٹنس 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 (فراہم کیا جائے گا یا نہیں کیا جائے گا) (ضلعی اسکول کی ملکیت والی یا اس کے ساتھ معاہدہ شدہ گاڑی کے ذریعے کیا جائے گا۔)