

कृपया इस भाग को अंग्रेज़ी में पूरा करें और स्कूल को नीचे दी गई तिथि तक वापस कर दें

Date for permission note return

SCHOOL SWIMMING AND WATER SAFETY PROGRAM CONSENT FORM

मैं अपने बच्चे को स्कूल तैराकी योजना में भाग लेने की अनुमति देता/देती हूँ, जिसका विवरण नीचे दिया गया है।

विद्यार्थी का नाम: _____

Name of student

पूल का नाम जहाँ कक्षाएँ होंगी: _____

Name of pool

आरम्भ तिथि _____

Start date

समाप्ति तिथि _____

Finish date

यदि चोट लगने या बीमार होने की स्थिति में, मैं अधिकार देता/देती हूँ कि (मेरी तरफ़ से) जिस डॉक्टर की आवश्यकता मेरे बच्चे को हो वह उसे दी जाए। मेरे बच्चे की विशेष आवश्यकताएँ हैं, जिनकी आपको जानकारी होनी चाहिए (जैसे कि, ऐलर्जी, संवेदक क्षति [sensory impairment])। वह इस प्रकार हैं:

माता-पिता के हस्ताक्षर: _____

Parent's signature

तिथि: _____

Date

स्कूल द्वारा रख ली जाएगी (TO BE RETAINED AT THE SCHOOL)

गोपनीयता नोटिस (Privacy Notice)

इस अनुमित फॉर्म में दी गई निजी जानकारी, NSW Department of Education वारा इस योजना में आपके बच्चे के आमूशासन, संपर्क संबंधी व कलयाण में उपयोग की जाएगी। जबकि यह जानकारी देना ऐच्छिक है, हम जोर देकर सलाह देते हैं कि आप यह जानकारी भेजें। यदि आप ऐसा नहीं करते हैं तो कलयाण संबंधी मामलों के समाधान में रुकावट आ सकती है। यह जानकारी सुरक्षापूर्वक रखी जाएगी।

कृपया ध्यान दें कि यदि इस योजना के दौरान मीडिया हिस्सा लेती है तो हो सकता है कि आपके बच्चे का नाम, स्कूल का विवरण और / या फ़ोटो समाचार पत्र, टेलिविज़न या स्कूल की खेल यूनिट की वेब साइट पर छप सकती है।