

পাবলিক স্কুল অ্যাথলেটিক লিগ  
ইন্টারস্কলাস্টিক অ্যাথলেটিকস্ পিতামাতার সম্মতির ফর্ম

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_  
হাই স্কুল: \_\_\_\_\_  
স্পোর্টস: \_\_\_\_\_

জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_  
অফিশিয়াল ক্লাস: \_\_\_\_\_  
OSIS নম্বর: \_\_\_\_\_

- আমি, উপরে উল্লিখিত শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক, এতদ্বারা আমার সন্তানকে এখানে উল্লিখিত টিমের জন্য চেষ্টা করার, এবং স্কুল/কোচ কর্তৃক পরিচালিত সকল স্কুল কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের অনুমতি প্রদান করছি। আমি বুঝি যে এই কর্মকাণ্ডে আমার সন্তানের অংশগ্রহণ পুরোপুরি স্বেচ্ছাকৃত। যদি নির্বাচিত হয়, আমি জানি যে, আমার সন্তানকে আবশ্যিক নিয়মিত সময়সূচি অনুযায়ী অনুশীলনে যোগান এবং সিটিব্যাপী প্রতিযোগিতামূলক কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ করতে হবে। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি বুঝি আমার সন্তান সকল PSAL অনুশীলন এবং অংশগ্রহণের আবশ্যিকতা পূরণ করবে। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি এও বুঝি যে আমার সন্তান সবসময় তার আচরণের জন্য দায়বদ্ধ থাকবে, এবং আমি তার আচরণের কারণে কোনো খরচ অথবা ক্ষয়ক্ষতির জন্য স্কুল বা এর কোনো কর্মচারীকে দায়ী না করতে সম্মত আছি। আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে স্কুলের শৃঙ্খলাবিধির কোনো প্রকার বরখলাপ আমার সন্তানের আফটার-স্কুল টিম থেকে বাদ পড়ার কারণ হতে পারে। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি বুঝি যে স্কুলে প্রতিযোগিতায় অংশগ্রহণের জন্য আমার সন্তানের একটি অনুমোদিত মেডিক্যাল সার্টিফিকেট এবং বাছাই পর্বে অংশগ্রহণ, অনুশীলন, অথবা ইন্টারস্কলাস্টিক অ্যাথলেটিক কর্মকাণ্ডের আগে স্কুলে ইন্টারভ্যাল হেলথ হিস্টরি ফর্ম জমা থাকা প্রয়োজন। আমি সম্মত আছি যে, এই নথি বা ডকুমেন্টটি স্বাক্ষর করার পর যেকোনো সময়ে তার স্বাস্থ্যগত বা শারীরিক অবস্থার কোনো পরিবর্তন ঘটলে বা এই ধরনের কোনো কিছু পরিলক্ষিত হলে আমি তা স্কুলকে অবহিত করবো। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি জানি খেলাধুলা অংশগ্রহণের সাথে আঘাত প্রাপ্তি এবং অসুস্থতার ঝুঁকিও জড়িত - বিশেষ করে সংস্পর্শে আসার খেলাধুলায়। এইসব আঘাত প্রাপ্তির অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমিত নয়, ধাক্কা লাগা, COVID-19, হাঁড়, ঘাড়, মেরুদণ্ড অথবা অভ্যন্তরীণ কোন অঙ্গপ্রত্যঙ্গ প্রাপ্ত আঘাত। আমি এইসব সংশ্লিষ্ট ঝুঁকির ব্যাপারে অবগত এবং আমার সন্তান অংশগ্রহণ করবে এমন সব খেলাধুলায় বিদ্যমান এই ঝুঁকি আমি নিতে স্বেচ্ছায় সম্মত আছি। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি "কনকাশন ইনফর্মেশন শিট অ্যান্ড NYCDOHMH COVID-19 ইনফর্মেশন" পেয়েছি ও পড়েছি, এবং আমি পুরোপুরি ঐ তথ্যের সাথে একমত এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থার যেকোনো পরিবর্তন আমি 24 ঘণ্টার মধ্যে স্কুলে রিপোর্ট করতে সম্মত আছি। আমি বুঝি যে COVID-19-এর তথ্য এবং নীতি, NYCDOHMH-এর হালনাগাদকৃত COVID-19 সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্যের ভিত্তিতে পরিবর্তন যোগ্য। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি এতেও সম্মত আছি যে, আমার সন্তান আঘাতপ্রাপ্ত অথবা অসুস্থ হলে, যে স্কুলকর্মী সদস্য টিমের দায়িত্বে থাকবেন তিনি আমার পক্ষ হয়ে আমার খরচে তার চিকিৎসার ব্যবস্থা করতে পারবেন। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমার সন্তানকে স্কুল কর্তৃক ইস্যুকৃত সকল সরঞ্জাম আমি ফিরিয়ে দেয়ার জন্য দায়বদ্ধ থাকবো বলে আমি সম্মত। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি তাকে পাবলিক পরিবহনে সঙ্গীহীনভাবে ভ্রমণের অথবা DOE অনুমোদিত বাসে কারো সঙ্গে সকল সূচিভুক্ত অনুশীলন এবং প্রতিযোগিতায় আসা-যাওয়ায় অনুমতিও প্রদান করছি। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি এই মর্মে DOE-এর গ্রহণযোগ্য ইন্টারনেট ব্যবহারের নীতি অনুযায়ী PSAL কর্মকাণ্ডে আমার সন্তানের ছবি তোলা পাশাপাশি আমার সন্তানের নাম, স্কুল এবং গ্রেড স্তর [www.PSAL.org](http://www.PSAL.org) -ওয়েবসাইটে প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি জানি যে, যে তথ্য প্রকাশ করা হবে সেটায় আমার সন্তানের অ্যাকাডেমিক, উপদেশমূলক, স্থায়ী অথবা ক্রমবর্ধমান রেকর্ড (যেমন, গ্রেড অথবা উপস্থিতির রেকর্ডসমূহ) অন্তর্ভুক্ত নয়। আমি আরো জানি যে, যে তথ্য প্রকাশ করা হবে সেটায় আমার সন্তানকে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্ত করা যায় এমন তথ্য, যেমন আমার সন্তানের ঠিকানা, ফোন নম্বর অথবা সোশাল সিকিউরিটি নম্বর, অন্তর্ভুক্ত নয়। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি এইমর্মে আমার সন্তানের PSAL অ্যাথলেটিক প্রতিযোগিতা সংশ্লিষ্ট বিষয়ে মিডিয়ার দ্বারা ইন্টারভিউ গ্রহণ, ভিডিওটেপ করার এবং/অথবা ছবি তোলা অনুমতি প্রদান করছি। আমি এইমর্মে ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন অভ দ্যা সিটি সিটি অভ নিউ ইয়র্ক, এবং তাদের প্রতিনিধি ও কর্মচারীদের উপর্যুক্ত সম্পর্কিত সকল স্বত্ব, দাবি, দায় থেকে অব্যাহতি দিচ্ছি। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_
- আমি এইমর্মে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন, সিটি অভ নিউ ইয়র্ক, নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল অ্যাথলেটিক লিগ, এবং তাদের কর্মচারীদেরকে সকল অধিকার, দাবি অথবা কর্ম ফলাফল যা আমার সন্তানের এই কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের সাথে সম্পৃক্ত - সেগুলি থেকে অব্যাহতি, মুক্তি দিচ্ছি, এর ব্যতিক্রম শুধু ঐসব দাবি যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন, সিটি অভ নিউ ইয়র্ক, নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ অ্যাথলেটিক লিগ অথবা তাদের কর্মচারীদের নেহায়েত অবহেলা অথবা ইচ্ছাকৃত অসদাচরণ প্রসূত। **নামের আদ্যাক্ষর** \_\_\_\_\_

জরুরি পরিস্থিতিতে, অনুগ্রহ করে আমার সাথে যোগাযোগ করুন: ( ) অথবা ( )

ইংরেজি বড় অক্ষরে - পিতামাতা/অভিভাবকের নাম

স্বাক্ষর

তারিখ

শিক্ষার্থী ও পিতামাতা কর্তৃক জমাদানকৃত মেডিকেল সার্টিফিকেটটি আমার কাছে গ্রহণযোগ্য।

শিক্ষক/কোচের নাম স্বাক্ষর

তারিখ