

পাবলিক স্কুল অ্যাথলেটিক লিগ

ইন্টারস্কলাস্টিক অ্যাথলেটিকস্-এ অংশগ্রহণে পিতামাতার সম্মতির ফরম

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_ জন্মের তারিখ: \_\_\_\_\_

হাই স্কুল: \_\_\_\_\_ অফিসিয়াল ক্লাস: \_\_\_\_\_

স্পোর্ট: \_\_\_\_\_ ওএসআইএস নম্বর: \_\_\_\_\_

- আমি, উপরে উল্লিখিত শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক, এই মর্মে আমার সন্তানকে স্কুল/কোচ কর্তৃক নির্দেশনার ভিত্তিতে এই চিঠিতে বর্ণিত টিমের সকল কর্মকাণ্ড এবং খেলায় অংশগ্রহণের অনুমতি প্রদান করছি। আমি জানি তার এই কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ স্বেচ্ছামূলক। তবুও, সে নির্বাচিত হলে তাকে নিউ ইয়র্ক সিটির বিভিন্ন প্র্যাকটিস খেলায় এবং প্রতিযোগিতায় যে নিয়মিত অংশগ্রহণ করতে হবে সেবিষয়েও আমি অবগত এবং সম্মত আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি জানি আমার সন্তান পিএসএএল-র প্র্যাকটিস এবং অংশগ্রহণের সকল শর্ত পূরণ করবে। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি জানি আমার সন্তান সবসময় তার আচরণের জন্য দায়ী থাকবে, এবং তার আচরণের কারণে কোন ক্ষতি হলে আমি স্কুল অথবা স্কুলের কোন কর্মীকে দায়ী করবো না। আমি এও জানি যে, স্কুলের শৃঙ্খলা বিধির কোন লঙ্ঘন হলে টিম থেকে বহিষ্কারও করা হয়। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি অবগত আছি যে, ইন্টারস্কলাস্টিক অ্যাথলেটিক কর্মকাণ্ডে বাছাই, প্র্যাকটিস অথবা প্রতিযোগিতায় অংশ নেবার আগে স্কুলের ফাইলে তাকে তার যোগ্যতা সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় অনুমোদিত মেডিকেল সার্টিফিকেট জমা দিতে হবে। এই সার্টিফিকেটে প্রদত্ত তারিখের পর আমার সন্তানের স্বাস্থ্য অথবা শারীরিক অবস্থার যদি কোন পরিবর্তন হয়, আমি তা স্কুলকে জানাতে সম্মত আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি জানি স্পোর্টস্-এ অংশগ্রহণ, বিশেষভাবে যেসব স্পোর্টস্ শারীরিক সংস্পর্শের সেগুলোতে আঘাত প্রাপ্তির ঝুঁকি থাকে। এসব আঘাত বা জখমের মধ্যে আছে, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, ধাক্কা থেকে আঘাত প্রাপ্তি যা হাঁড়, ঘাড়, মেরুদণ্ড অথবা আন্তঃস্তরীণ কোন অঙ্গে হতে পারে। এইসব খেলাধুলায় আমার সন্তানের অংশগ্রহণ থেকে উদ্ভূত সংশ্লিষ্ট ঝুঁকি সম্পর্কে আমি অবগত এবং সেগুলো মেনে নিতে আমি রাজি আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি "আঘাত প্রাপ্তির তথ্যের বিস্তারিত" পেয়েছি এবং পড়েছি। সেটি আমি আরও ভালোভাবে পড়তে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য অবস্থার যদি কোন পরিবর্তন হয়, তাহলে তা স্কুলে জানাতে সম্মত আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আঘাত-প্রাপ্ত অথবা অসুস্থতার ঘটনায়, টিমের দায়িত্বে থাকা কর্মী-সদস্য আমার পক্ষ হয়ে ব্যবস্থা নেবেন এবং আমার নিজস্ব খরচে তাকে চিকিত্সা দেবেন সেবিষয়ে আমি সম্মত আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- স্কুল থেকে তাকে দেয়া সকল সরঞ্জাম আমি স্কুলে ফিরিয়ে দেবার দায়িত্ব নিতে সম্মত আছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি জানি সকল প্র্যাকটিস এবং প্রতিযোগিতায় অংশগ্রহণের জন্য তাকে একা একা পাবলিক পরিবহন ব্যবহার অথবা ডিওই অনুমোদিত বাসে টিমের কারো সাথে যাতায়াত করতে হতে পারে, আমি তাকে সে অনুমতি প্রদান করছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- ডিওই-র গ্রহণযোগ্য ইন্টারনেট ব্যবহার নির্ধারিত পলিসি অনুযায়ী পিএসএএল কর্মকাণ্ডে আমি তার কার্যসম্পাদনার ছবি এবং তথ্য তার নাম, স্কুল, এবং গ্রেড-স্তরসহ [www.PSAL.org](http://www.PSAL.org) ওয়েবসাইটে পোস্ট করার অনুমতি প্রদান করছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি জানি ওয়েবসাইটে পোস্ট করা তথ্যের মধ্যে আমার সন্তানের অ্যাকাডেমিক, গাইডেন্স, স্বাস্থ্য অথবা সংগ্রহিত রেকর্ড(যেমন গ্রেড স্তর অথবা উপস্থিতির রেকর্ড) অন্তর্ভুক্ত নয়। আমি এও জানি পোস্টকৃত তথ্যের মধ্যে তাকে শনাক্ত করা যায় যেমন তার ঠিকানা, ফোন নম্বর, অথবা সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ইত্যাদিও নেই। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি এতদ্বারা মিডিয়া কর্তৃক পিএসএএল অ্যাথলেটিক প্রতিযোগিতা সম্পর্কিত তার ইন্টারভিউ গ্রহণ, ভিডিও চিত্র ধারণ এবং/অথবা ছবি তোলায় অনুমতি দিচ্ছি। এছাড়া আমি উপরে উল্লিখিত বিষয় সম্পর্কিত সকল ধরনের দাবি, চাহিদা, দায়-দায়িত্ব থেকেও নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন, তার প্রতিনিধি এবং কর্মীদেরকে অব্যাহতিদানের প্রতিশ্রুতি করছি। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_
- আমি এতদ্বারা এই কর্মকাণ্ডে আমার সন্তানের অংশগ্রহণের সাথে সংশ্লিষ্ট সকল ধরনের দাবি, চাহিদা, অথবা কোন কিছু কারণে ঘটত যেকোন দায়িত্ব থেকে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন, সিটি অব নিউ ইয়র্ক, নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল অ্যাথলেটিক লিগ, এবং তাদের কর্মীদেরকে মুক্ত রাখছি এবং অব্যাহতি দিচ্ছি, এর ব্যতিক্রম শুধু সেইসব দাবি যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন, সিটি অব নিউ ইয়র্ক, নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল অ্যাথলেটিক লিগ অথবা তাদের কর্মীদের শুধুমাত্র খাম-খেয়ালী অবহেলা অথবা ইচ্ছাকৃত অসদাচরণের জন্য সংঘটিত। স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

জরুরি পরিস্থিতিতে, অনুগ্রহ করে আমার সাথে এখানে প্রদত্ত: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ অথবা  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ফোন নম্বরে যোগাযোগ করুন।

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
স্বাক্ষরিত লিখুন- পিতামাতা/অভিভাবক স্বাক্ষর তারিখ

শিক্ষার্থী এবং তার পিতামাতা কর্তৃক জমাদানকৃত মেডিকেল সার্টিফিকেট গ্রহণযোগ্য বলে আমি মনে করি।

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
টিচার/কোচের স্বাক্ষর তারিখ