

# ਬਾਬਾ ਬੁੱਢਾ ਸਾਹਿਬ ਜੀ ਖਾਲਸਾ ਸਕੂਲ

28 ਪੈਟਰਸਨ ਰੋਡ, ਆਫਿਸਰ ਸਾਊਥ-3809

## ਦਾਖਲਾ ਫਾਰਮ (Admission Form)

### ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (Student Information)

1. ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ (Full Name): \_\_\_\_\_

2. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (Date of Birth): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ਉਮਰ (Age): \_\_\_\_\_ ਸਾਲ (years)

3. ਲਿੰਗ (Gender):  ਮੁੰਡਾ (Male)  ਕੁੜੀ (Female)

4. ਜਨਮ ਸਥਾਨ (Place of Birth): \_\_\_\_\_

5. ਘਰ ਵਿਚ ਬੋਲਣ ਵਾਲੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ (Main language spoken at home): \_\_\_\_\_

6. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਪੰਜਾਬੀ ਪੜ੍ਹੀ ਹੈ? (Has the student studied Punjabi before?)

ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No)

ਜੇ ਹਾਂ, ਵਿਸਥਾਰ ਦਿਓ (If yes, please specify): \_\_\_\_\_

### ਜਮਾਤ / ਪੱਧਰ (Class / Level)

ਬਾਲ ਜਮਾਤ/ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੱਧਰ (Beginner)  ਦਰਮਿਆਨਾ ਪੱਧਰ (Intermediate)  ਉੱਚ ਪੱਧਰ (Advanced)

7. ਬੱਚਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਜਮਾਤ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੈ? \_\_\_\_\_

### ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਸਹਿਯੋਗੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (Parent/Guardian Information)

ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (Father): _____	ਮਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (Mother): _____
*ਫੋਨ ਨੰਬਰ (Phone): _____	*ਫੋਨ ਨੰਬਰ (Phone): _____
*ਈਮੇਲ (Email): _____	*ਈਮੇਲ (Email): _____
*ਪਤਾ (Address): _____	*ਪਤਾ (Address): _____

### \* ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ (Emergency Contact):

1. ਰਿਸ਼ਤਾ (Relation): \_\_\_\_\_

2. \*ਫੋਨ ਨੰਬਰ (Phone Number): \_\_\_\_\_

# ਬਾਬਾ ਬੁੱਢਾ ਸਾਹਿਬ ਜੀ ਖਾਲਸਾ ਸਕੂਲ

28 ਪੈਟਰਸਨ ਰੋਡ, ਆਫਿਸਰ ਸਾਊਥ-3809

## \*ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (Health Information)

1. ਕੀ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ? (Any allergies or medical conditions?)

ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No)

ਜੇ ਹਾਂ, ਵਿਸਥਾਰ ਦਿਓ (If yes, please specify): \_\_\_\_\_

2. ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ (Doctor's Name): \_\_\_\_\_

ਫੋਨ (Phone): \_\_\_\_\_

## ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ (Parent/Guardian Consent) Strike out if not applicable

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਕੂਲ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਜੇ ਲੋੜ ਪਈ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਵਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਐਲਰਜੀ ਜਾਂ ਸਾਹ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਉਸ ਨੂੰ ਐਂਟੀਹਿਸਟਾਮਾਈਨ ਅਤੇ ਵੈਂਟੋਲਿਨ ਦੇਣ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਕੂਲ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੌਰਾਨ ਫੋਟੋਆਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵੀਡੀਓ ਰਿਕਾਰਡਿੰਗ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਤਸਵੀਰਾਂ ਸਿੱਖਿਆਤਮਕ ਅਤੇ ਪ੍ਰਚਾਰਕ ਮਕਸਦਾਂ ਲਈ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

I confirm that the above information is true and I agree to follow the school rules and policies.

I also give my consent that in case of an emergency, if needed, the school may arrange medical assistance for my child.

I also give my consent for the school to administer antihistamine and Ventolin to my child in case of an allergy or breathing difficulty.

I also give permission to take photographs and/or video recordings of my child during school activities and I understand that these images may be used for educational and promotional purposes.

ਦਸਤਖਤ (Signature): \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ (Date): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ (For Office Use Only)

ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (Date of Admission): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ਦਾਖਲਾ ਨੰਬਰ : \_\_\_\_\_

ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਜਮਾਤ : \_\_\_\_\_

ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਮਚਾਰੀ : \_\_\_\_\_

ਤਾਰੀਖ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_