

## بیرنی پانہ

## تدریسی کال

د مکتب نوم

صنف

**Nom de l'élève:** ..... **Prénom de l'élève** ..... د شاگرد نوم..... د شاگرد تخلص...

**Date de naissance :** .....د پيدايښت تاريخ.....

د ناروغتيا اويا ټکر په وخت کې : مکتب کورنۍ ته د خبر ورکولو لپاره تر ټولو تيزی لاری څخه کار اخلي

**En cas d'accident ou de maladie**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

	Responsable légal 1 (مسوول لکه پلار)	Responsable légal 2 (مسوول لکه مور)
Nom ( تخلص ) Prénom ( نوم )	..... .....	..... .....
Adresse ( ادرس )	..... .....	..... .....
Téléphone du domicile (د کورنۍ موبایل نمبر)	.....	.....
Téléphone portable (د ګرځنده (جیب) موبایل نمبر)	.....	.....
Téléphone professionnel (مسلكي نمبر )	..... poste : ..... دنده .....	..... poste : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

د د ټولنیز امنیت مرکز (سیکیورټی سوسیال) د موبایل نمبر او یا ادرس کوم چې د ماشوم د بیمې ځمه واری په غاړه لری

N° et adresse du centre de sécurité sociale qui couvre votre enfant :

A horizontal line with 15 vertical tick marks. The second tick mark from the left is highlighted with a thick black bar.

د ستاسې د ماشوم د مکتب د بیمې نوم او ادرس

Nom et adresse de l'assurance scolaire qui couvre votre enfant : .....

د خطر په وخت کې، که چیرې یو ماشوم مریض شي او یا بل کوم خطر ورپېښ شي نو هغه ژر تر ژره د ایمرجنسي له لارې مناسب روغتون ته وړل کیږي.

او د هغه کورنۍ ته سمدستي خبر ورکول کیږي

ٻيو ڪم سنه شاگرد بغير ڊهه ڊ ڪورني نه شي ڪولاي چي له روغتون ڇڏه خارج شي

**En cas d'urgence**, après appel au SAMU, un élève accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date des derniers vaccins : (د اخري واکسين وخت)**

Traducteur : NIAZI Hazrat Bilal

tétanos...تیتانوس...../...../.....

polio ...فلج ...../...../.....

diphtérie...../...../.....

(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

دا واکسين ھرو 5 کالو کي يو ځل ضروري ده

ځانگړي پاملرنه چي تاسي فکر کوي چي ضرور ده چي مکتب ته يي ووايست لکه الرجی، مريضتيا د علاج په حال کي

**Observations particulières** que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) .....

.....  
.....  
.....

د درملني ډاکټر

**Médecin traitant : NOM :**...(تخلص).....

Adresse : .....اдрес.....

Téléphone : .....موبایل.....

le .....تاریخ.....

signature des parents

د مور او پلار لاسلیک

**Document non confidentiel** à remplir par les parents à chaque début d'année scolaire ; si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'intention de l'infirmière et du médecin scolaire.