

পরীক্ষা করা হয়ে থাকলে তার ফলাফল:

৯। শিশুর বিশেষ কোন খাদ্যে সমস্যা/এলার্জি আছে কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে তার বর্ণনাঃ

নির্দিষ্ট খাদ্যের নামঃ

শিশুর করোনা/জলবসন্ত/মাম্পস/ অন্যান্য কোন সংক্রামক রোগ হয়েছিল কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে তার প্রমাণপত্রঃ

১০। বয়স অনুযায়ী শিশুর প্রয়োজনীয় টিকাসমূহ সম্পন্ন হয়েছে কিনা? হ্যাঁ ☐ না ☐

(উত্তর “না” হলে) কোন কোন টিকা দেওয়া হয়নি?.....

১১। আপনার শিশুর শীর্ষ তিনটি শক্তিশালী দিক চিহ্নিত করুনঃ

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> অ্যাথলেটিক | <input type="checkbox"/> সহানুভূতিশীল | <input type="checkbox"/> স্নেহময় | <input type="checkbox"/> আত্মসচেতন |
| <input type="checkbox"/> সাহসী | <input type="checkbox"/> উৎসাহী | <input type="checkbox"/> অনুগত | <input type="checkbox"/> সামাজিক |
| <input type="checkbox"/> সহযোগী | <input type="checkbox"/> উদ্যমী | <input type="checkbox"/> সংগীতপ্রেমী | <input type="checkbox"/> চিন্তাশীল |
| <input type="checkbox"/> সৃজনশীল | <input type="checkbox"/> ক্ষমশীল | <input type="checkbox"/> আশাবাদী | <input type="checkbox"/> সুনিয়ন্ত্রিত |
| <input type="checkbox"/> কৌতুহলী | <input type="checkbox"/> বন্ধুসুলভ | <input type="checkbox"/> কৌতুকপূর্ণ | <input type="checkbox"/> হাস্যোজ্জ্বল |
| <input type="checkbox"/> সিদ্ধান্তমূলক | <input type="checkbox"/> সং | <input type="checkbox"/> সম্ভবনাময় | <input type="checkbox"/> মনোযোগী |
| <input type="checkbox"/> অধ্যাবসায়ী | <input type="checkbox"/> কল্পনাপ্রবন | | |
| <input type="checkbox"/> ন্যায়পরায়ণ | <input type="checkbox"/> দয়ালু | | |

১২। আপনার শিশুর শীর্ষ তিনটি দুর্বল দিক চিহ্নিত করুনঃ

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> আগ্রাসী মনোভাব | <input type="checkbox"/> নিয়ম ভঙ্গ | <input type="checkbox"/> শ্রবণ ক্ষমতার হ্রাস |
| <input type="checkbox"/> বাড়িতে অন্যদের প্রতি আক্রমণাত্মক মনোভাব | <input type="checkbox"/> বর্বর আচরণ | <input type="checkbox"/> অতিরিক্ত উত্তেজিত/আবেগপ্রবন |
| <input type="checkbox"/> অস্থিরতা | <input type="checkbox"/> জটিল | <input type="checkbox"/> ভাষায় বিলম্ব |
| <input type="checkbox"/> উদ্বেগ/অস্থিতি | <input type="checkbox"/> প্রানীর প্রতি নিষ্ঠুরতা | <input type="checkbox"/> শেখার অক্ষমতা |
| <input type="checkbox"/> মনোযোগ | <input type="checkbox"/> হতাশা | <input type="checkbox"/> কম আত্মসম্মান |
| <input type="checkbox"/> ব্যাধি | <input type="checkbox"/> বিকাশে বিলম্ব | <input type="checkbox"/> মিথ্যা বলা |
| <input type="checkbox"/> আচরণগত | <input type="checkbox"/> সংবেদনশীল | <input type="checkbox"/> অবহেলা করা |
| | <input type="checkbox"/> মানসিক বা শারিরীক নির্যাতন | <input type="checkbox"/> বিরোধী প্রতিবাদী |
| | <input type="checkbox"/> সামাজিক সমস্যা/ অসামাজিক | <input type="checkbox"/> সহিংসতা বা ট্রমার পরে যত্নশীল |

১৩। আপনার শিশুর জন্য আপনার সামাজিক ও আচরণগত উদ্বেগগুলো কী কী?

জরুরী যোগাযোগ ও সেন্টারে শিশুকে দেওয়া-নেওয়ায় নিয়োজিত ব্যক্তিবর্গ

১৪। ক) নাম..... ঠিকানাঃ

জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বরঃ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

মোবাইল নম্বরঃ শিশুর সাথে সম্পর্কঃ

খ) নাম..... ঠিকানাঃ

জাতীয় পরিচয়পত্র নম

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

মোবাইল নম্বরঃ শিশুর সাথে সম্পর্কঃ

প্রয়োজনীয় সংযুক্তি সমূহ (✓ চিহ্ন দিন)

- ☐ শিশুর পাসপোর্ট সাইজ ছবি - ০২ কপি
- ☐ পিতামাতার পাসপোর্ট সাইজ ছবি - ০২ কপি
- ☐ শিশুর টিকা কার্ড এর ফটোকপি
- ☐ শিশু অসুস্থতা নীতি সংক্রান্ত অঙ্গীকারনামা
- ☐ জরুরী চিকিৎসা সেবা প্রদানের সম্মতি
- ☐ শিশুর কার্যাবলী ও বিশেষ অনুষ্ঠানের ছবি ও তথ্যচিত্র ব্যবহারের অনুমতি

এই মর্মে প্রত্যয়ণ করা যাচ্ছে যে, উপরের সকল তথ্যাবলী আমার জানা সত্য ও সঠিক এবং শিশু ভর্তির সকল নিয়ম মেনে আমার শিশুকে সেন্টারে ভর্তি করছি।

মাতা বা পিতা বা অভিভাবকের সাক্ষর

তারিখ

অফিস কর্তৃক পূরণীয়

- ☐ ভর্তিকৃত শিশুর নামঃ
- ☐ ভর্তি রেজিস্ট্রেশন নম্বরঃ
- ☐ ভর্তিকৃত শিশুর মাতা ও পিতার নামঃ
- ☐ ভর্তি ফরম যথাযথভাবে পূরণ করা হয়েছে কিনা সে বিষয়ে মন্তব্যঃ
- ☐ প্রয়োজনীয় কাগজপত্র সংযুক্ত রয়েছে কিনা সে বিষয়ে মন্তব্যঃ

ভর্তি যাচাইকারীর স্বাক্ষর (শিক্ষিকা/স্বাস্থ্য শিক্ষিকা)

তারিখ

ডে-কেয়ার অফিসারের স্বাক্ষর

তারিখ