

បំពេញទាំងសងខាង

Lynn Public Schools
ទម្រង់បែបបទវេជ្ជសាស្ត្រ/សង្គ្រោះបន្ទាន់
ឆ្នាំសិក្សា 2024/2025

ID: _____

សាលារៀន: _____ ថ្នាក់/បន្ទប់សិក្សា: _____ ហាង: (បើសិនជាមាន) _____

ព័ត៌មានទូទៅ

សិស្ស: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ទីកន្លែងកំណើត: _____
នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល
អាសយដ្ឋាន: _____ ទូរសព្ទ #: _____
អាសយដ្ឋានផ្លូវ Apt# ទីក្រុង រដ្ឋ/លេខកូដតំបន់ (Zip Code)
ប្រុស ស្រី ភាសាដែលនិយាយនៅផ្ទះ: _____

មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះ: _____
នាមត្រកូល នាមខ្លួន ទំនាក់ទំនង
ទូរសព្ទនៅផ្ទះ #: _____
លេខទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ #: _____
ទូរសព្ទដៃ #: _____
អាសយដ្ឋានអីមែល: _____
អាសយដ្ឋានបើផ្សេងពីសិស្ស: _____

មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះ: _____
នាមត្រកូល នាមខ្លួន ទំនាក់ទំនង
ទូរសព្ទនៅផ្ទះ #: _____
លេខទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ #: _____
ទូរសព្ទដៃ #: _____
អាសយដ្ឋានអីមែល: _____
អាសយដ្ឋានបើផ្សេងពីសិស្ស: _____

បងប្អូនសិស្ស

ឈ្មោះ: _____ សាលារៀន: _____ ឈ្មោះ: _____ សាលារៀន: _____
ឈ្មោះ: _____ សាលារៀន: _____ ឈ្មោះ: _____ សាលារៀន: _____

បើសិនជាអ្នកមិនអាចទាក់ទងបាន ទំនាក់ទំនងសង្គ្រោះបន្ទាន់/ការអនុញ្ញាតដើម្បីបដិសេធ (ត្រូវតែមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ)

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទនៅពេលថ្ងៃ #: _____
ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទនៅពេលថ្ងៃ #: _____
ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទនៅពេលថ្ងៃ #: _____
ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ ទូរសព្ទនៅពេលថ្ងៃ #: _____

មិនអាចបញ្ជូនកូនរបស់ខ្ញុំទៅកាន់:

*ដីកាហាមឃាត់ (Restraining Order) ដែលមានសុពលភាព
ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ បាទ/ចាស ទេ
ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ បាទ/ចាស ទេ
(បើឆ្លើយថាបាទ/ចាស អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃដីកា)

***** ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល: _____**

****សូមត្រឡប់ និងបំពេញម្ខាងទៀត****

បំពេញទាំងសងខាង

ឈ្មោះសិស្ស៖ _____

ប្រវត្តិសុខភាព

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ?

- ឯកជន សាធារណៈ (MA Health, Medicaid, Children's Medical Security) គ្មានធានារ៉ាប់រង

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រង៖ _____

(សូមទាក់ទងគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលា បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

សូមគូសគ្រឹសប្រអប់ទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចំពោះកូនរបស់អ្នក។ ទាក់ទងគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាសម្រាប់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់បន្ថែម។
អាស៊ីតប្រូប៊ីរ៉ូ (ចំណីអាហារ សត្វល្អិត ឱសថ បរិស្ថាន) _____ Epi-Pen? បាទ/ចាស ទេ

- ជំងឺហឺ0 ADD/" "ADHD អូទីស៊ីម បញ្ហាហូរឈាម/កកឈាម ការបាក់ទឹកចិត្ត
 ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រតិ/ជំងឺបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម

ផ្សេងទៀត _____

ប្រវត្តិការទន្ទឹមខ្លាំងជាមួយនឹងកាលបរិច្ឆេទ _____

ការប្រកាច់/ប្រតិកាច់ (កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រកាច់លើកចុងក្រោយ)៖ _____ ប្រភេទនៃជំងឺប្រកាច់៖ _____

ការវះកាត់ ឬការងារបួសធ្ងន់ធ្ងរ (កាលបរិច្ឆេទ) _____

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលចាំបាច់ _____

បញ្ហាភ្នែក (បញ្ជាក់) _____ ពាក់ជីនតា? បាទ/ចាស ទេ ពាក់ក្នុងតាក់ឡែន? បាទ/ចាស ទេ

បញ្ហាការស្តាប់ (បញ្ជាក់) _____ ត្រចៀកខាងឆ្វេង ត្រចៀកខាងស្តាំ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់? បាទ/ចាស ទេ

កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយ៖ _____ ការវិភាគបន្លឹង (ចាំបាច់ត្រូវមានកំណត់សម្គាល់ពីគ្រូពេទ្យ)៖ _____

(ចាំបាច់ត្រូវមានច្បាប់ចម្លង/តស៊ូតាងនៃការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយមុនពេលចូលរៀន និងនៅក្នុងថ្នាក់ទី K, 4, 7 និង 10។ សូមផ្ញើទៅគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលា។)

ឱសថ ដែលកូនរបស់អ្នកកំពុងទទួល៖

នៅផ្ទះ៖ _____

នៅសាលា៖ _____

វេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យកុមាររបស់សិស្ស		អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញ	
ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ

កុំទុកឲ្យទំនេរ៖

ការអនុញ្ញាតពីឪពុកម្តាយ

- បាទ/ចាស ទេ1. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាផ្តល់ Tylenol ដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។
 បាទ/ចាស ទេ2. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាផ្តល់ Ibuprofen ដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។ (អាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើងទៅ)
 បាទ/ចាស ទេ3. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាប្រើ Calamine លើកូនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការរលាកស្បែកកម្រិតស្រាល។

*ក្នុងករណីដែលមិនអាចទាក់ទងខ្ញុំក្នុងករណីបន្ទាន់ ខ្ញុំយល់ដឹងថាកូនរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាល។

*សូមកត់សម្គាល់ថាទឹកអនាម័យលាងដៃដែលមានជាតិអាល់កុលនឹងត្រូវបានប្រើនៅគ្រប់សាលារៀនទាំងអស់។ ដើម្បីបោះបង់ សូមដាក់ស្នើលិខិតទៅគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលារបស់អ្នក។

*ប្រវត្តិសុខភាពនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹង ហើយកូនរបស់ខ្ញុំមានការអនុញ្ញាតឲ្យចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទាំងអស់លើកលែងតែបានកត់សម្គាល់ដោយខ្ញុំ។

*****ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____ កាលបរិច្ឆេទ _____**