

តើសិស្សមានបញ្ហាផ្នែករាងកាយឬបញ្ហាផ្លូវចិត្តឬព្រឹត្តិកម្ម ALLERGIES ទេ?

អត់ទេ មាន ប្រសិនបើមាន, សូមមេត្តាពន្យល់ _____

តើសិស្សមានពិការភាព DISABILITY ទេ? មាន អត់មាន

បើមាន, សូមពន្យល់: _____

IEP (ផែនការសិក្សាប្រចាំខ្លួន) 504 Plan

• តើជាសិស្សមានប្រើថ្នាំណាមួយទេ? មាន No អត់ទេ

បើមែន, សូមបញ្ជាក់ប្រភេទនៃថ្នាំ _____

បើមាន,តើ វានឹងត្រូវលេបនៅអំឡុងម៉ោងសិក្សាឬ? បាទ/ចា អត់ទេ

• ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យទៅពេទ្យសាលារៀនមើលគ្រប់គ្រោង ADMINISTER កូនរបស់ខ្ញុំ:

TYLENOL Yes No COUGH DROPS Yes No
(325mg, 2 tabs)

MIDOL Yes No ANTACID Yes No
(for menstrual cramps) (Tums, for upset stomach)

បើសិនជាមិនអាចទាក់ទងឪពុកម្តាយបាននៅពេលមានអាសន្នកើតឡើង, សូមផ្តល់ឪយយើងនៅឈ្មោះ ពី, ដែលក្រៅពីឪពុកម្តាយ, ដែលត្រូវបានអ្នកអនុញ្ញាត ឱ្យជួយជាជំនួយ.

អ្នកដែលអ្នកជ្រើស រើសត្រូវតែ ទំនេ នៅពេលម៉ោង សិស្សរៀន.

ឈ្មោះអ្នកនិង NAME OF PERSON _____	
ទំនាក់ទំនង _____	លេខទូរស័ព្ទ # _____
អាសយដ្ឋានអ្នកនិង: _____	
លេខ ផ្លូវ	ទីក្រុង / ក្រុង
ឈ្មោះអ្នកនិង NAME OF PERSON: _____	
ទំនាក់ទំនង: _____	លេខទូរស័ព្ទ # _____
អាសយដ្ឋានអ្នកនិង _____	
លេខ ផ្លូវ	ទីក្រុង / ក្រុង

វាគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ឪពុកម្តាយ និង អ្នកអាណាព្យាបាលដែលត្រូវផ្តល់យានជំនិស ដល់កូនរបស់អ្នកដែលឈឺ ឬ ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្ន។
មានកើតជំងឺពីរបស់ អ្វីនៅផ្ទះ មិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ពេទ្យនៅសាលារៀនទេ គឺត្រូវឪពុកម្តាយ ឬ
អ្នកអាណាព្យាបាលជាអ្នកមើលថែ។

ពេទ្យនៅសាលារៀនសម្រាប់មើលសិស្សដែលឈឺ ឬ មានរបួសកើតឡើងនៅក្នុងសាលាម៉ោងរៀន។
គេទទួលខុសត្រូវជួយព្យាបាលនៅពេលដែលកើតហេតុដំបូង ហើយអត់មានបន្តតាមពិនិត្យទេ។

ប្រសិនបើសិស្សត្រូវការត្រូវបញ្ជូនតាមរយៈឡាន AMBULANCE, ពួកគេនឹងត្រូវបញ្ជូនដឹកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យជិតបំផុត, គឺLOWELL GENERAL HOSPITAL.

ហេតុលេខរបស់ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

-
- ក្រដាសនេះត្រូវបំពេញឱ្យបានលម្អិតដោយឡែកត្រឡប់មក **Greater Lowell Tech** វិញនៅក្នុងរយៈពេល **10** ថ្ងៃដែលបានទទួល