

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
ព័ត៌មានពេលមានអាសន្ន EMERGENCY INFORMATION

2022-2023

ត្រូវបំពេញដោយឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ TO BE COMPLETED BY LEGAL PARENTS/GUARDIANS:

ឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់: ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ឪពុក ម្តាយ អ្នកផ្សេងទៀត_____

សិស្សរស់នៅជាមួយ: ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ឪពុក ម្តាយ អ្នកផ្សេង_____

ក្នុងករណីមានគ្រោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងសិក្សាវាចាំបាច់ត្រូវទាក់ទងឪពុកម្តាយអាណាព្យាបាលដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិង / ឬមន្ទីរពេទ្យដើម្បីព្យាបាលអនីតិជន minors ក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន។ **វាមានសារៈសំខាន់បំផុតដែលអ្នកជូនដំណឹងដល់យើងភ្លាមៗ អំពីការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានឬលេខទូរស័ព្ទ។**

សូមសរសេរជាអក្សរធំ

ឈ្មោះសិស្ស: _____ ថ្នាក់: _____
 ឈ្មោះត្រកាល ឈ្មោះដើម ឈ្មោះហៅ

អាសយដ្ឋាន: _____
 លេខ ផ្លូវ ក្រុង/តំបន់

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ: # _____ លេខទូរស័ព្ទដៃ # _____

ថ្ងៃកំណើតសិស្ស: ខែ: _____ ថ្ងៃ: _____ ឆ្នាំ: _____ ទីកន្លែងកើត: _____

ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____
 ទីកន្លែងធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: Area Code _____ Number _____ Ext. _____

ភាសាទីមួយរបស់ឪពុក: _____

អ្នកចង់បានការនិយាយទំនាក់ទំនងជាមួយនៅភាសាអ្វីផ្សេងក្រៅពីភាសា English ឬ ទេ?

អត់ទេ មែន, នៅ ភាសាអ្វី_____

ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយឪពុក/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____
 ទីកន្លែងធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: Area Code _____ Number _____ Ext. _____

ភាសាទីមួយរបស់ម្តាយ: _____

អ្នកចង់បានការទំនាក់ទំនងជាមួយនៅភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសា English ឬ?

អត់ទេ មែន, នៅភាសាអ្វី_____

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE COMPANY សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE CERTIFICATE សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

ឈ្មោះនៃគ្រូពេទ្យរបស់សិស្ស: _____ លេខទូរស័ព្ទ # _____

តើអ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យប្រាប់ដល់គ្រូពីមុខជម្ងឺអ្វីបានទេបើសិនជាមាន? បាន អត់ទេ សូមអានមួយខាងទៀត

តើសិស្សត្រូវការ AN EPI-PEN ទេ? ត្រូវការ អត់ទេ បើមាន, ឪពុកម្តាយត្រូវផ្តល់ EPI-PEN ដល់សាលារៀន:

តើសិស្សមានបញ្ហាផ្នែករាងកាយឬបញ្ហាផ្លូវចិត្តឬព្រឹត្តិកម្ម ALLERGIES ទេ?

អត់ទេ មាន ប្រសិនបើមាន, សូមមេត្តាពន្យល់ _____

តើសិស្សមានពិការភាព DISABILITY ទេ? មាន អត់មាន

បើមាន, សូមពន្យល់: _____

IEP (ផែនការសិក្សាប្រចាំខ្លួន) 504 Plan

• តើសិស្សមានប្រើថ្នាំណាមួយទេ? មាន No អត់ទេ

បើមែន, សូមបញ្ជាក់ប្រភេទនៃថ្នាំ _____

បើមាន,តើ វានឹងត្រូវលេបនៅអំឡុងម៉ោងសិក្សាឬ? បាទ/ចា អត់ទេ

• ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតិឱ្យទៅពេទ្យសាលារៀនមើលគ្រប់គ្រោង ADMINISTER កូនរបស់ខ្ញុំ:

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

IBUPROFEN Yes No ANTACID Yes No
(200 mg 1-2 tabs) (Tums, for upse stomachសម្រាន់ឈឺពោះ)

MIDOL Yes No
(for menstrual cramps សម្រាប់ចុកពោះពេលមានរដូវ)

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
អ្នកអាណាព្យាបាលជាអ្នកមើលថែល។

ពេទ្យនៅសាលារៀនសម្រាប់មើលសិស្សដែលឈឺ ឬ មានរបួសកើតឡើងនៅក្នុងសាលាម៉ោងរៀនប៉ុណ្ណោះ។ គេទទួលខុសត្រូវជួយព្យាបាលនៅ
ពេលដែលកើតហេតុដំបូង ហើយអត់មានបន្តតាមពិនិត្យទេ។

ប្រសិនបើសិស្សត្រូវការត្រូវបញ្ជូនតាមរយៈឡាន AMBULANCE, ពួកគេនឹងត្រូវបញ្ជូនដឹកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យជិតបំផុត, គឺLOWELL GENERAL HOSPITAL.

ហេតុលេខារបស់ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

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