

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
ព័ត៌មានពេលមានអាសន្ន EMERGENCY INFORMATION

2024-2025

ត្រូវបំពេញដោយឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ **TO BE COMPLETED BY LEGAL PARENTS/GUARDIANS:**

ឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់: ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ឪពុក ម្តាយ អ្នកផ្សេងទៀត_____

សិស្សរស់នៅជាមួយ: ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ឪពុក ម្តាយ អ្នកផ្សេង_____

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

សូមសរសេរជាអក្សរធំ

ឈ្មោះសិស្ស: _____ ថ្នាក់: _____

ឈ្មោះត្រកាល: _____ ឈ្មោះដើម: _____ ឈ្មោះហៅ: _____
អាសយដ្ឋានផ្ទះ: _____
លេខ ផ្លូវ ក្រុង/តំបន់

លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: # _____ លេខទូរស័ព្ទដៃ # _____

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

ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____
ទីកន្លែងធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: Area Code _____ Number _____ Ext. _____

ភាសាទីមួយរបស់ឪពុក: _____

អ្នកចង់បានការនិយាយទំនាក់ទំនងជាមួយនៅភាសាអ្វីផ្សេងក្រៅពីភាសា English ឬ ទេ ?

អត់ទេ មែន, នៅភាសាអ្វី _____

ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយឪពុក/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____
ទីកន្លែងធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: Area Code _____ Number _____ Ext. _____

ភាសាទីមួយរបស់ម្តាយ: _____

អ្នកចង់បានការទំនាក់ទំនងជាមួយនៅភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសា English ឬ ទេ ?

អត់ទេ មែន, នៅភាសាអ្វី _____

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE COMPANY សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE CERTIFICATE សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

ឈ្មោះនៃគ្រូពេទ្យរបស់សិស្ស: _____ លេខទូរស័ព្ទ # _____

អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យប្រាប់ដល់គ្រូពិមុខជម្ងឺបានទេបើសិនជាមាន ? បាន អត់ទេ សូមអានមួយខាងទៀត

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

សិស្សមានបញ្ហាផ្នែករាងកាយឬបញ្ហាផ្លូវចិត្តឬព្រឹត្តិកម្មអ្វី ALLERGIES ទេ ?

អត់ទេ មាន ប្រសិនបើមាន, សូមមេត្តាពន្យល់ _____

សិស្សមានពិការភាព DISABILITY ទេ?

មាន

អត់មាន

បើមាន, សូមពន្យល់: _____

IEP (ផែនការសិក្សាប្រចាំខ្លួន)

504 Plan

• សិស្សមានប្រើថ្នាំណាមួយទេ?

មាន

No អត់ទេ

បើមែន, សូមបង្ហាញប្រភេទនៃថ្នាំ _____

បើមាន, វានឹងត្រូវលេបនៅអំឡុងម៉ោងសិក្សាឬ?

បាទ/ចា

អត់ទេ

• ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យទៅពេទ្យនៅសាលារៀនមើលគ្រប់គ្រោង ADMINISTER កូនរបស់ខ្ញុំ:

TYLENOL Yes No
(325mg, 2 tabs)

COUGH DROPS Yes No

IBUPROFEN Yes No
(200 mg 1-2 tabs)

ANTACID Yes No
(Tums, for upset stomach សម្រាប់ឈឺពោះ)

MIDOL Yes No

(for menstrual cramps សម្រាប់ចុកពោះពេលមានរដូវ)

បើសិនជាមិនអាចទាក់ទងឪពុកម្តាយបាននៅពេលមានអាសន្នកើតឡើង, សូមផ្តល់ឪពុកម្តាយនៅឈ្មោះ ពីរ, ដែលក្រៅពីឪពុកម្តាយ, ដែលត្រូវបានអ្នកអនុញ្ញាត ឱ្យជួយជាជំនួយ.

អ្នកដែលអ្នកជ្រើស រើសត្រូវតែ ទំនេ នៅពេលម៉ោង សិស្សរៀន.

ឈ្មោះអ្នកនិង NAME OF PERSON _____

ទំនាក់ទំនង _____ លេខទូរស័ព្ទ # _____

អាសយដ្ឋានអ្នកនិង: _____

លេខ ផ្លូវ _____ ទីក្រុង / តំបន់ _____

ឈ្មោះអ្នកនិង NAME OF PERSON: _____

ទំនាក់ទំនង: _____ លេខទូរស័ព្ទ # _____

អាសយដ្ឋានអ្នកនិង _____

លេខ ផ្លូវ _____ ទីក្រុង / តំបន់ _____

វាគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ឪពុកម្តាយ និង អ្នកអាណាព្យាបាលដែលត្រូវផ្តល់យានជំនិស ដល់កូនរបស់អ្នកដែលឈឺ ឬ ត្រូវប្តូរស្រោច។ មានកើតជំងឺរបួស អ្វីនៅផ្ទះ មិនមែនជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ពេទ្យនៅសាលារៀនទេ គឺត្រូវឪពុកម្តាយ ឬ អ្នកអាណាព្យាបាលជាអ្នកមើលថែ។

ពេទ្យនៅសាលារៀនសម្រាប់មើលសិស្សដែលឈឺ ឬ មានរបួសកើតឡើងនៅក្នុងសាលាម៉ោងរៀនប៉ុណ្ណោះ។ គេទទួលខុសត្រូវជួយព្យាបាលនៅពេលដែលកើតហេតុដំបូង ហើយអត់មានបន្តតាមពិនិត្យទេ។

ប្រសិនបើសិស្សត្រូវការត្រូវបញ្ជូនតាមរយៈឡាន AMBULANCE, ពួកគេនឹងត្រូវបញ្ជូនដឹកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលជិតបំផុត, គឺនៅ LOWELL GENERAL HOSPITAL.

ហេតុលេខរបស់ឪពុកម្តាយ / អាណាព្យាបាល: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

• ក្រដាសនេះត្រូវបំពេញឱ្យបានហើយៗផ្ញើត្រឡប់មក **Greater Lowell Tech** វិញនៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដែលបានទទួល