

GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL
ព័ត៌មានពេលមានអាសន្ន EMERGENCY INFORMATION

2025-2026

ត្រូវបំពេញដោយឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ TO BE COMPLETED BY LEGAL PARENTS/GUARDIANS:

ឪពុកម្តាយនិងអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់: ☐ ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ☐ ឪពុក ☐ ម្តាយ ☐ អ្នកផ្សេងទៀត_____

សិស្សរស់នៅជាមួយ: ☐ ទាំងពីរនាក់ឪពុកម្តាយ ☐ ឪពុក ☐ ម្តាយ ☐ អ្នកផ្សេង_____

ក្នុងករណីមានគ្រោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងសិក្សាវាចាំបាច់ត្រូវទាក់ទងឪពុកម្តាយអាណាព្យាបាលដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិង / ឬមន្ទីរពេទ្យដើម្បីព្យាបាលអនីតិជន minors ក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន។ **វាមានសារៈសំខាន់បំផុតដែលអ្នកជូនព័ត៌មានដល់យើងភ្លាមៗ 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 ☐ បាទ, នៅ ភាសាអ្វី _____

ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយឪពុក/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____
ទីកន្លែងធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: Area Code _____ Number _____ Ext. _____

ភាសាទីមួយរបស់ម្តាយ: _____

អ្នកចង់បានការទំនាក់ទំនងជាមួយនៅភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសា English ឬ?

☐ អត់ទេ ☐ ចាស, នៅ ភាសាអ្វី _____

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE COMPANY សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង HEALTH INSURANCE CERTIFICATE សុខភាពរបស់សិស្ស: _____

ឈ្មោះនៃគ្រូពេទ្យរបស់សិស្ស: _____ លេខទូរស័ព្ទ # _____

តើអ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យប្រាប់ដល់គ្រូពីមុខដទៃទៀតបានទេបើសិនជាមាន ? បាទ 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

បើមាន, សូមបង្ហាញប្រភេទនៃថ្នាំ _____

បើមាន,តើ វានឹងត្រូវលេបនៅអំឡុងពេលម៉ោងសិក្សាឬ?

បាទ/ចា ☐

អត់ទេ ☐

• ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យទៅពេទ្យសាលារៀនមើលគ្រប់គ្រោង ADMINISTER កូនរបស់ខ្ញុំ:

TYLENOL

បាទ ☐

អត់ទេ ☐

COUGH DROPS

បាទ ☐

អត់ទេ ☐

(325mg, 2 tabs)

IBUPROFEN

បាទ ☐

អត់ទេ ☐

ANTACID

បាទ ☐

អត់ទេ ☐

(200 mg 1-2 tabs)

(Tums, for upset stomachសម្រាន់ឈឺពោះ)

ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទាំងពីរមិនអាចមានទីតាំងនៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍មានអាសន្ន យើងនឹងប្រើប្រាស់មូលដ្ឋានទិន្នន័យ Aspen X2 របស់យើងដើម្បីកំណត់ទីតាំងទំនាក់ទំនងដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីថាមានសិទ្ធិយកកូនប្រុស/កូនស្រីរបស់អ្នកចេញ។

សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីនោះ ហើយជូនដំណឹងដល់ Annie Sloan (asloan@gltech.org) ជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2025។ **មនុស្សដែលអ្នកជ្រើសរើសត្រូវតែមានក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងសិក្សា។**

វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលក្នុងការផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់កូនឈឺ ឬរងរបួសរបស់ពួកគេ។ ជំងឺឬរបួសណាមួយដែលកើតឡើងនៅផ្ទះមិនមែនជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាទេ ហើយគួរតែត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល។

គិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាគឺនៅសាលាសម្រាប់ជំងឺដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងសិក្សានិងរបួសក្នុងសាលាតែប៉ុណ្ណោះ។ ពួកគេទទួលខុសត្រូវចំពោះការព្យាបាលដំបូង និងមិនមែនសម្រាប់ការព្យាបាលតាមក្រោយនោះទេ They are responsible for initial first aid treatment and not for follow-up treatment។

ប្រសិនបើសិស្សត្រូវដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះ AMBULANCE,នោះគេនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ LOWELL HOSPITAL

ដែលនៅជិតបំផុត។ IF THE STUDENT NEEDS TO BE TRANSPORTED VIA AMBULANCE, THEY WILL BE TRANSPORTED TO THE NEAREST HOSPITAL, LOWELL GENERAL HOSPITAL.

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____