

Lowell Public Schools
ទម្រង់សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
(យកក្រដាសមកសាលារៀនវិញ)

Grade (ថ្នាក់): _____

Homeroom (បន្ទប់): _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ភេទ: M / F

អាសយដ្ឋាន: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

Parent/ Guardian Information (ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ)

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ #1: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____

លេខទូរស័ព្ទការងារ: _____

ភាសាដែលពេញចិត្ត: _____

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ #2: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____

លេខទូរស័ព្ទការងារ: _____

ភាសាដែលពេញចិត្ត: _____

ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលមិនមានវត្តមាន សូមរាយបញ្ជីមនុស្សពេញវ័យក្នុងតំបន់ចំនួន 2 នាក់
ដែលត្រូវទាក់ទងក្នុងករណីមានជំងឺ ឬមានអាសន្ន ហើយត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទៅយកកូនរបស់អ្នក:

ឈ្មោះ: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____

ឈ្មោះ: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____

Student Current Health Information (ព័ត៌មានសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់សិស្ស)

Allergies (អាឡែស៊ី (សរសេរទាំងអស់)): _____			Epipen? (ថ្នាំអេពីផែនត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា?) ☐ Yes ☐ No		
Check all current health conditions that apply (ពិនិត្យមើលស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នទាំងអស់ដែលអនុវត្ត):					
☐ ADHD	☐ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (Diabetes)	☐ ការមិនអត់ឱនចំពោះជាតិឡាក់តូស			
☐ ការថប់បារម្ភ (Anxiety)	☐ វ៉ែនតា/កែវភ្នែក (Glasses/ Contacts)	☐ ឈឺក្បាលប្រកាំង (Migraines)			
☐ ជំងឺហឺត (Asthma)	☐ ស្ថានភាពបេះដូង (Cardiac)	☐ ប្រកាច់ (Seizures)			
☐ ប្រកាច់ (Autism)	☐ បញ្ហាស្តាប់ (Hearing problem)	☐ កោសិកាពងកណ្តៀវ (Sickle Cell)			
☐ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (Depression)	☐ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ (Hearing ☐ ឆ្វេង ☐ ស្តាំ ☐ Aids)	☐ ផ្សេងៗ (សូមពណ៌នាខាងក្រោម) (Other, describe below)			
Additional Comments/ Notes (មតិយោបល់/កំណត់ចំណាំបន្ថែម): _____					
Medications: Please list medications your child takes at home - ថ្នាំ: សូមរាយបញ្ជីថ្នាំដែលកូនរបស់អ្នកលេបនៅផ្ទះ (បន្តនៅខាងក្រោយប្រសិនបើចាំបាច់)					
ថ្នាំ: _____	កម្រិតថ្នាំ: _____	ពេលវេលានៃថ្ងៃ: _____			
ថ្នាំ: _____	កម្រិតថ្នាំ: _____	ពេលវេលានៃថ្ងៃ: _____			
ថ្នាំ: _____	កម្រិតថ្នាំ: _____	ពេលវេលានៃថ្ងៃ: _____			

Student's Physician (គ្រូពេទ្យសិស្ស): _____	លេខទូរស័ព្ទ: _____
តើកូនរបស់អ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ? Yes ☐ No ☐ Mass Health? Yes ☐ No ☐	

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាចែករំលែកព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពសុខភាពកូនខ្ញុំជាមួយបុគ្គលិកសាលាសមស្របតាមតម្រូវការដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់កូនខ្ញុំ។
- ក្នុងករណីមានអាសន្ន កូនរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យតាមរយៈ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់កូនខ្ញុំប្រសិនបើចាំបាច់។
- ខ្ញុំបានពិនិត្យនិងទទួលយកមិត្តភាពសាលាដែលមាននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំរបស់សិស្ស/មាតាបិតាដែលមាននៅ <https://www.lowell.k12.ma.us/departments/office-of-student-support-services/handbooks>.

(សញ្ញា)

(សញ្ញា)

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____