ឈ្មោះកូនសិស្ស៖ ______________________________ សាលារៀន ______________

នាមត្រកូល *នាមខ្លួន* *នាមកណ្តាល*

ឆ្នាំសិក្សា៖ ________

ប័ណ្ណអាសន្នសំរាប់កូនសិស្ស

ថ្ងៃខែ៖ __________

ព័ត៌មានអំពីកូនសិស្ស

ឈ្មោះកូនសិស្ស៖ ______________________________ ភេទ៖ _______ ថ្នាក់ទី៖ ______ ថ្ងៃកំណើត៖ __________

នាមត្រកូល *នាមខ្លួន* *នាមកណ្តាល*

អាសយដ្ឋាន៖ ____

ផ្លូវ *ទីក្រុង* *លេខតំបន់*

លេខទូរស័ព្ទ / លេខទូរស័ព្ទសំខាន់៖ ____________________ ទីកន្លែងកើតនៃកូនសិស្ស៖ ____________________

ព័ត៌មានអំពីមាតាបិតា

មាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាល 1	**មាតាបិតា / អ្នកអាណាព្យាបាល 2**
ឈ្មោះ ______________________	ឈ្មោះ ______________________
អាសយដ្ឋាន ______________________	អាសយដ្ឋាន ______________________
ទីក្រុង ______________________	ទីក្រុង ______________________
លេខទូរស័ព្ទការងារ __________ លេខទូរស័ព្ទដៃ __________	លេខទូរស័ព្ទការងារ __________ លេខទូរស័ព្ទដៃ __________
អ៊ីមែល ______________________	អ៊ីមែល ______________________
ភាសានិយាយក្នុងផ្ទះ៖ ______________________	ភាសានិយាយក្នុងផ្ទះ៖ ______________________

ឈ្មោះមនុស្សសំរាប់ទាក់ទងក្នុងគ្រាមានការបន្ទាន់

បើសិនជាកុមារមានឈ្មោះនៅខាងលើ មានជម្ងឺឈឺថ្កាត់ ត្រូវការព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬត្រូវតែចាកចេញដោយសារតែមានភាពអាសន្ន ឬមហន្តរាយ រីឯខ្ញុំវិញ ត្រូវបានគេពុំអាចធ្វើការទាក់ទងបាននោះ អាជ្ញាធរសាលារៀនអាចធ្វើការទាក់ទង និងដោះលែងកូនរបស់ខ្ញុំ ទៅឱ្យនរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោមនេះ ជួយមើលបីបាច់ថែរក្សា៖

សូមកត់សំគាល់៖ មនុស្សទាំងអស់ដែលមកទទួលកូនលោកអ្នក ត្រូវតែផ្តល់ប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនមានរូបថតត្រឹមត្រូវ បើមិនអញ្ចឹងទេនោះ យើងខ្ញុំពុំអាចកូនលោកអ្នកបានឡើយ។

1. ឈ្មោះ ____________ ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងក្មេងខាងលើ ____________ ទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ ____________ ទូរស័ព្ទដៃ / ការងារ ____________
2. ឈ្មោះ ____________ ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងក្មេងខាងលើ ____________ ទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ ____________ ទូរស័ព្ទដៃ / ការងារ ____________
3. ឈ្មោះ ____________ ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងក្មេងខាងលើ ____________ ទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ ____________ ទូរស័ព្ទដៃ / ការងារ ____________

ព័ត៌មានអំពីបងប្អូនបង្កើត

	ឈ្មោះ	សាលារៀន	ថ្នាក់ទី		ឈ្មោះ	សាលារៀន	ថ្នាក់ទី
1.				2.			
3.				4.			

ព័ត៌មានអំពីសុខភាព

គូសក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមនេះ បើសិនជាពេលថ្មីៗនេះ កូនលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពណាមួយ៖

☐ រោគហឺត (ត្រូវការប្រដាប់ស្រូបថ្នាំពេទ្យ) ☐ ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម ☐ រោគខ្វះឈាមក្រហម ☐ ជម្ងឺប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ (ត្រូវការម្ជុលចាក់ថ្នាំ Epipen)

☐ ជម្ងឺប្រកាច់ (ថ្ងៃខែឈឺប្រកាច់ចុងក្រោយបង្អស់៖__________) ☐ ជម្ងឺក្រពេញបញ្ចេញសំណល់ពីខ្លួនបន្តពីឪពុកម្តាយ ☐ ជម្ងឺផ្សេងៗទៀត៖ __________

បើសិនជាលោកអ្នកគូសក្នុងប្រអប់ជម្ងឺប្រកាច់ តើកូនលោកអ្នកមានជម្ងឺប្រកាច់បែបណា៖ ______________________

សូមចុះឈ្មោះថ្នាំពេទ្យណាមួយដែលកូនលោកអ្នកត្រូវការនៅក្នុងម៉ោងរៀន៖ ______________________

សំគាល់៖ បែបបទផ្តល់សិទ្ធិអំណាចតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវតែបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតជារៀងរាល់ឆ្នាំសំរាប់ថ្នាំពេទ្យ ឬទម្រង់ការណាមួយ ដែលត្រូវការនៅក្នុងម៉ោងរៀន។

ព័ត៌មានអំពីការត្រៀមខ្លួនសំរាប់គ្រាមានមហន្តរាយ

ខ្ញុំនឹងផ្តល់ថ្នាំពេទ្យសំរាប់រយៈពេលបីថ្ងៃ ដល់សាលារៀន (ដោយមានវេជ្ជបញ្ជាក្នុងពេលថ្មីៗបំផុត) សំរាប់គ្រាមានអាសន្ន៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនពាក់ព័ន្ធទេ

កូនរបស់ខ្ញុំមានសេចក្តីត្រូវការ ឬទម្រង់ការថែទាំពិសេសសំរាប់៖ ☐ កន្លែងវះកាត់បើកបំពង់ខ្យល់ ☐ បំពង់បញ្ចុកម្ហូបទៅក្រពះ ☐ ទុយោបូមនៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ☐ កៅអីមានកង់

1. ឈ្មោះ ____________ ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងក្មេងខាងលើ ____________ ទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ ____________ ទូរស័ព្ទដៃ / ការងារ ____________

បើសិនជាកូនរបស់ខ្ញុំត្រូវការបញ្ជូនទៅកាន់ទីកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ សូមបញ្ជូនពួកគេទៅទីកន្លែងណាដែលនៅជិតជាងគេបំផុត។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអាជ្ញាធរសាលារៀនចាត់វិធានការសមស្រប ដើម្បីសុវត្ថិភាព និងសុខមាលភាពរបស់កូនខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំគឺជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើលុយកាក់។

ហត្ថលេខានៃ មាតាបិតា/អ្នកអានាព្យាបាល៖ ______________________ **ថ្ងៃខែ** __________