Chương Trình Giáo Dục Môi Trường Ngoài Trời
Giấy Cho Phép của Phụ Huynh/Giám Hộ

Office of Curriculum and Instructional Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 345-7
Tháng 10, 2015

CHỈ DẪN CHO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ: Xin hãy điền biểu mẫu này và gởi lại cho giáo viên của con quý vị. Thầy/cô giáo sẽ giao biểu mẫu đã điền xong này cho người trợ tá y tế hay y tá khi tới trung tâm giáo dục ngoài trời.

Tên Học Sinh _____ Ngày Sinh ____/____/____

Địa chỉ _____

Tên Trường _____

Xin đánh dấu vào tất cả những chỗ thích hợp:

- ❑ Con tôi cần phải dùng thuốc. (Phụ huynh phải cung cấp thuốc đựng trong hộp/lọ gốc, có dán nhãn hẳn hoi, đã được cho phép chính xác trên biểu mẫu MCPS Form 525-13: Authorization to Administer Prescribed Medication - Cho Phép Nhân Viên Trường Cho Học Sinh Uống Thuốc Theo Toa Bác Sĩ). Em học sinh sẽ không được dùng thuốc mà không tuân theo với MCPS Regulation JPC-RA: Authorization to Administer Prescribed Medication (Cho Phép Nhân Viên Trường Cho Học Sinh Uống Thuốc Theo Toa Bác Sĩ).
- ❑ Con tôi phải uống các thuốc bán ở quầy sau đây._____. Tôi đã nạp MCPS Form 525-13: Authorization to Administer Prescribed Medication. (Chữ ký bác sĩ **không** cần thiết cho thuốc bán tại quầy tại chương trình giáo dục môi trường ngoài trời).
- ❑ Con tôi có dị ứng với bị côn trùng cắn đến độ em cần được chữa trị y khoa. (Nếu cần thuốc epinephrine, kèm theo MCPS Form 525-14: Chăm Sóc Khẩn Cấp cho Phản Ứng Quá Mẫn Tính)
- ❑ Con tôi có dị ứng phản ứng quá mẫn tính với thức ăn. _____ Kèm theo MCPS Form 525-14: Chăm Sóc Khẩn Cấp cho Phản Ứng Quá Mẫn Tính nếu bắt buộc phải dùng thuốc epinephrine.
- ❑ Con tôi có dị ứng với_____.
- ❑ Con tôi có những điều kiện chế độ ăn uống đặc biệt _____. (Một số các chế độ ăn kiêng sẽ đòi hỏi là các phụ huynh cung cấp một số thức ăn.)
- ❑ Con tôi có những điều kiện đặc biệt khác mà quý vị nên biết. Đó là:_____

_____

Ngày chủng ngừa Tetanus cuối cùng của học sinh ____/____/____

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM

Tên Người Đứng Tên Bảo Hiểm Y Tế _____

Nhóm/Tổ chức _____

Số Policy _____

Nếu Gia đình là thành viên của HMO/PPO:

Tên Nhóm _____

Office Used _____ I.D. # _____

Điện Thoại ____-____-____

Tên Bác Sĩ Gia Đình _____

Điện Thoại Bác Sĩ_____

THÔNG TIN KHÁC

Điện Thoại Nhà Phụ Huynh/Giám Hộ ____-____-____

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ _____

Sở____-____-____ Điện thoại cầm tay____-____-____

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ _____

Sở____-____-____ Điện thoại cầm tay____-____-____

Tên Người Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp _____

Số Điện Thoại để Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp ____-____-____

Tên Người Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp _____

Số Điện Thoại để Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp ____-____-____

- ❑ Kiểm soát lại xem con quý vị có là học sinh phụ tá trung học cấp III không và ghi tên trường học con quý vị theo học:

_____

Tôi cho phép con tôi tham gia trong chương trình giáo dục môi trường ngoài trời diễn tả trong lá thơ kèm theo mà tôi đã đọc. Trong trường hợp không gọi được cho tôi trong trường hợp khẩn cấp, tôi cho phép nhân viên tại trung tâm giáo dục ngoài trời tìm điều trị thích hợp cho con tôi.

Tên Phụ huynh/Giám hộ (yêu cầu viết chữ in)_____

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ Ngày ____/____/____