



የተማሪው የአስቸካይ መረጃ

የሁለተኛ ደረጃ ተማሪዎች ብቻ

Office of the Deputy Superintendent of Schools
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1A
August 2008
Amharic
ገጽ 1

የአድራሻ ለውጥ ሲፈጠር፣ በኮምፒውተር ላይ የአድራሻ ለውጥ ከመደረጉ በፊት የአድራሻ ለውጥ ማረጋገጫ የግድ መቅረብ ይኖርበታል። ይህንን ሂደት ለማጠናቀቅ ምን ማስረጃ እንደሚያስፈልግ ጎምህርት ቤት ይደውሉ።

የተማሪው ስም (የመጠሪያ ስም፣ የቤተ ሰብ መጠሪያ ስም፣ የመሐከለኛ) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		የተማሪ መታወቂያ STUDENT ID		ክፍል GRADE	ክፍሎች SECTION	የክፍል ሐላፊ ማምህር HOMEROOM TEACHER
የቤት ስልክ HOME PHONE	የትውልድ ቀን DATE OF BIRTH	ጾታ GENDER	የአውቶቡስ ቁጥር BUS NO.	ምግብ/አሳዳጊ ለመሆን የሚያስፈልገው/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> አይደለም/NO <input type="checkbox"/> ነው/YES አዎ ከሆነ፤		YRBSS (ከጀርባው ይመልከቱ) <input type="checkbox"/> ላይሳተፉ ይችላሉ May Not Participate
የቤት አድራሻ HOME ADDRESS		ተጨማሪ የመላኪያ አድራሻ ADDITIONAL MAILING ADDRESS		ቤት ውስጥ የሚነጋገሩበት ቋንቋ LANGUAGE SPOKEN AT HOME		የ 11ኛ እና የ 12ኛ ክፍሎች ብቻ <input type="checkbox"/> ለውትድርና ቀጣሪዎች አድራሻችሁን አትሰጡ Do Not Release To Military Recruiters
ሐላፊነት የወሰደ ለአካለ መጠን የደረሰ ሰው ስም (የመጠሪያ ስም፣ የቤተ ሰብ መጠሪያ ስም) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			ሐላፊነት የወሰደ ለአካለ መጠን የደረሰ ሰው ስም (የመጠሪያ ስም፣ የቤተ ሰብ መጠሪያ ስም) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
የስራ ቦታ የውስጥ ስልክ WORK PHONE (EXT.):		የእጅ ስልክ CELL PHONE:		የስራ ቦታ የውስጥ ስልክ WORK PHONE (EXT.):		የእጅ ስልክ CELL PHONE:
ኢ-ሜይል/E-MAIL:			ኢ-ሜይል/E-MAIL:			
ከተማሪው ጋር ያላቸው ግንኙነት/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> እናት/MOTHER <input type="checkbox"/> አባት/FATHER <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)/OTHER (SPECIFY)			ከተማሪው ጋር ያላቸው ግንኙነት/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> እናት/MOTHER <input type="checkbox"/> አባት/FATHER <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ)/OTHER (SPECIFY)			
ወላጆች በማይገኙበት ጊዜ ለአደጋ ጊዜ ተጠሪ የሆነ ሰው ስም (የመጠሪያ ስም፣ የቤተ ሰብ መጠሪያ ስም) IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):						
የውስጥ ስልክ PHONE (EXT.):		የእጅ ስልክ CELL PHONE:		ኢ-ሜይል E-MAIL:		
ከተማሪው ጋር ያላቸው ግንኙነት/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> እናት/MOTHER <input type="checkbox"/> አባት/FATHER <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ሌላ/OTHER						
ከትምህርት ሰዓት ውጭ ለተማሪው ሐላፊነትን የወሰደ ሰው ስም (የመጠሪያ ስም፣ የቤተ ሰብ መጠሪያ ስም)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)			በየትኛው ቋንቋ የደብዳቤ ልውውጥ እንደሚፈልጉ፣ /LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> እንግሊዘኛ/ENGLISH <input type="checkbox"/> ቻይንኛ/CHINESE <input type="checkbox"/> ፈረንሳይኛ/FRENCH <input type="checkbox"/> ኮሮያን/KOREAN <input type="checkbox"/> እስፓኒሽ/SPANISH <input type="checkbox"/> ቪትናምኛ/VIETNAMESE			
አድራሻ ADDRESS:						
የውስጥ ስልክ PHONE (EXT.):		የእጅ ስልክ CELL PHONE:		ኢ-ሜይል E-MAIL:		
ከተማሪው ጋር ያላቸው ግንኙነት/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> እናት/MOTHER <input type="checkbox"/> አባት/FATHER <input type="checkbox"/> አሳዳጊ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ሌላ/OTHER						
በት/ቤቱ የተፈቀደላቸው አባላት ብቻ የመጀመሪያ ዕርዳታ ይሰጣሉ። ልጆቻችን ወደ ሀኪም ወይም ወደ ሆስፒታል ለድንገተኛ ዕርዳታ መውሰድ ቢያስፈልግ ወላጅ ወይም አሳዳጊ ማሳወቅ አስፈላጊ ነው። (የአደጋ ጊዜ ደራሽ ቡድን በድንገተኛ ሁኔታዎች መጠቀም አስፈላጊ ነው።)						
ሐኪም የሚገኝበት ስም PHYSICIAN CONTACT: (NAME)			የሐኪም የስልክ ቁጥር PHYSICIAN PHONE:			
የጥርስ ሐኪም የሚገኝበት ስም DENTIST CONTACT: (NAME)			የጥርስ ሐኪም የስልክ ቁጥር DENTIST PHONE:			
የሆስፒታል HOSPITAL PREFERENCE:						
አለርጂዎች-መድሀኒቶች ALLERGIES – MEDICATIONS:						
አለርጂዎች፣ በንብ መነዳፍ/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> አይደለም/NO <input type="checkbox"/> ነው/YES ተጨማሪ መረጃ						
አለርጂዎች - ሌላ ALLERGIES—OTHER:						
በወቅቱ የታዘዙ መድሀኒቶች (ግዴታ አይደለም) CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)						
ሌሎች አሳሳቢ ሁኔታዎች OTHER CONCERNS:						
የጤና ኢንሹራንስ/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> አይደለም/NO <input type="checkbox"/> ነው/YES አዎ ከሆነ አንዱ ላይ ምልክት ያድርጉ <input type="checkbox"/> የግል/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE የሕክምና ዕርዳታ <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS						
የተማሪው የጤና ሁኔታ የድንገተኛ ዕርዳታ በሚያስፈልገው ሁኔታ ላይ ነው? <input type="checkbox"/> አይደለም/NO <input type="checkbox"/> ነው/YES አዎ ከሆነ (ያብራሩ) DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?						
የሕክምና ዕርዳታ ያለ ማቋረጥ በቀጣይነት በት/ቤቱ አባል እየተሰጠ ነው? /IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> አይደለም/NO <input type="checkbox"/> ነው/YES አዎ ከሆነ የMCPS FORM 525-13 የግድ መሞላት እና ወደ ት/ቤት መመለስ ይኖርበታል።						

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ስም መጻፍ ይኖርበታል። /Printed Parent/Guardian Name _____
የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፊርማ/Signature of Parent/Guardian _____
ቀን/Date _____

ስለ Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) ጥናት በተመለከተ ለሁለተኛ ደረጃ ተማሪዎች ወላጆች/አሳዳጊዎች መረጃ

የፎርም የዚህ ክፍል ስለ Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) (የወጣቶች አደገኛ ባህርይ አጠባበቅ ዘዴ/ስርዓት) እና ልጅዎ በYRBSS ጥናት ውስጥ እንዲሳተፍ ካልፈለጉ መከተል የሚገባዎትን ስርዓት ለማሳወቅ ነው። የUnited States Centers for Disease Control and Prevention ለአደጋ የሚያጋልጡ ሁኔታዎችን ለመመዘን እና የአደጋ ቅንሳ ፕሮግራም ውጤት ለመከታተል የYRBSS ማዕከልን መስርቷል። ጥናቱ የተነደፈው አደገኛ ባህርያትን ለመለየት ሲሆን የሚከተሉትን ያካትታል። ባለ 2 እግር ተሽከርካሪ በሚነዳበት ጊዜ የሚጠለቅ ቆብ እና የወንበር ላይ መታሰሪያ፣ ጭንቀት እና የአእምሮ በሽታ፣ ትንባሆ፣ አልክሆል ወይም ሱስ የሚያሰዙ እጾች፣ አመጋገብ እና የሰውነት እንቅስቃሴ፣ የግብረ ስጋ ባህርያት።

የMaryland State Department of Education የየአካባቢውን ት/ቤት አወቃቀር በመጠቀም የYRBSS ጥናትን ለማስተዳደር የወላጆችን ስምምነት ይፈልጋል። ይህም የተሟላ ተወካይ እና የተሳታፊዎች ቁጥር ለጥናቱ ትክክለኛ መረጃ ለማግኘት ነው። እ.ኤ.አ. በ2008-2009 የትምህርት ዘመን ውስጥ የ2ኛ ከፍተኛ ደረጃ ት/ቤቶች ለመከራ ጥናት እንዲሳተፉ ባጋጣሚ ሊመረጡ ይችላሉ። በዚህ ፎርም መጀመሪያ ላይ ልጅዎ በዚህ የመከራ ጥናት እንደማይሳተፍ ካልገለጹ በስተቀር፣ ባጋጣሚ ት/ቤታቸው ቢመረጥ እሱ/እርስዎ በጥናቱ ተሳታፊ ይሆናሉ። እባክዎ በሚወስኑበት ጊዜ የሚከተሉትን ነጥቦች ከግምት ውስጥ ያስገቡ።

- በYRBSS ጥናት ውስጥ ልጅዎ ያለው ተሳትፎ በፈቃደኝነት ነው።
- የYRBSS ጥናት እና የልጅዎም መልሶች ሚስጥራዊነቱ አስተማማኝ ነው።
- የልጅዎ ስም በጥናቱ መልስ መስጫ ወረቀት ላይ አስፈላጊ አይደለም።

ስለ YRBSS ጥናት ለበለጠ መረጃ ወይም ስለ ጥናቱ መጠይቆች ኮፒ ቢያስፈልግዎት፣ እባክዎ Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333፣ በስልክ ቁጥር 800-232-4636 በመደወል፣ ወይም ድህረ ገጽ www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs ይጠቀሙ።

ልጅዎ በYRBSS ጥናት እንዳይሳተፍ ከፈለጉ፣ እባክዎ በዚህ ፎርም መጀመሪያ ላይ YRBSS የማይሳተፍ የሚለውን ክፍል ይሙሉ።