



Thông Tin Khẩn Cấp của Học Sinh

(Chỉ Dành Cho Các Học Sinh Các Trường Cấp II)

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

MCPS Form 565-1A
August 2008
Trang 1 của 2
Vietnamese

Nếu thay đổi địa chỉ, giấy chứng nhận việc cư trú mới phải được kèm theo đơn này trước khi địa chỉ mới được cập nhật trong máy điện toán. Gọi trường học của quý vị để biết hồ sơ nào cần thiết để hoàn tất tiến trình này.

TÊN HỌC SINH (HỌ, TÊN, TÊN LỚT) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)			SỐ HỌC SINH/STUDENT ID		LỚP GRADE	PHẦN SECTION	THẦY GIÁO LỚP HOMEROOM TEACHER	
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ: HOME PHONE	NGÀY SANH DATE OF BIRTH	PHÁI GENDER	XE BUÝT SỐ BUS NO.	NHỮNG QUAN TÂM CỦA PHỤ HUYNH/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES (Nếu có, xin liên lạc với trường)			YRBSS (xem phía sau) <input type="checkbox"/> KHÔNG THỂ THAM GIA MAY NOT PARTICIPATE	
ĐỊA CHỈ NHÀ HOME ADDRESS			ĐỊA CHỈ KHÁC (NGOÀI ĐỊA CHỈ NHÀ) ADDITIONAL MAILING ADDRESS		NGÔN NGỮ NÓI TẠI NHÀ LANGUAGE SPOKEN AT HOME		<input type="checkbox"/> CÁC LỚP 11-12 ĐỪNG CUNG CẤP THÔNG TIN LIÊN LẠC VỚI NHỮNG ĐOÀN TUYỂN MỘ QUÂN ĐỘI DO NOT RELEASE TO MILITARY RECRUITERS	
TÊN CỦA NGƯỜI LỚN CÓ TRÁCH NHIỆM (HỌ, TÊN, TÊN LỚT) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				TÊN CỦA NGƯỜI LỚN CÓ TRÁCH NHIỆM (HỌ, TÊN, TÊN LỚT) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				
SỐ ĐIỆN THOẠI SỐ (EXT): WORK PHONE (EXT):		SỐ ĐIỆN THOẠI CẦM TAY: CELL PHONE:		SỐ ĐIỆN THOẠI SỐ (EXT): WORK PHONE (EXT):		SỐ ĐIỆN THOẠI CẦM TAY: CELL PHONE:		
E-MAIL:/E-MAIL:				E-MAIL:/E-MAIL:				
LIÊN HỆ VỚI HỌC SINH/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MẸ/MOTHER <input type="checkbox"/> CHA/FATHER <input type="checkbox"/> GIÁM HỘ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC (GHI RÕ)/OTHER				LIÊN HỆ VỚI HỌC SINH/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MẸ/MOTHER <input type="checkbox"/> CHA/FATHER <input type="checkbox"/> GIÁM HỘ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC (GHI RÕ)/OTHER				
NẾU TRƯỞNG KHÔNG LIÊN LẠC ĐƯỢC VỚI PHỤ HUYNH, NGƯỜI ĐỂ TRƯỞNG LIÊN LẠC TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP LÀ-(HỌ, TÊN, TÊN LỚT) IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):								
ĐIỆN THOẠI (EXT.): PHONE (EXT.):			ĐIỆN THOẠI CẦM TAY: CELL PHONE:			E-MAIL: E-MAIL:		
LIÊN HỆ VỚI EM HỌC SINH/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MẸ/MOTHER <input type="checkbox"/> CHA/FATHER <input type="checkbox"/> GIÁM HỘ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC/OTHER								
NGƯỜI CÓ TRÁCH NHIỆM VỚI EM HỌC SINH SAU KHI TAN TRƯỜNG- TÊN (HỌ, TÊN)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)				QUÝ VỊ MUỐN LIÊN LẠC BẰNG NGÔN NGỮ NÀO/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> ANH VĂN/ENGLISH <input type="checkbox"/> TRUNG HOA/CHINESE <input type="checkbox"/> PHÁP/FRENCH <input type="checkbox"/> TRIỀU TIÊN/KOREAN <input type="checkbox"/> TÂY BAN NHA/SPANISH <input type="checkbox"/> VIỆT NAM/VIETNAMESE				
ĐỊA CHỈ: ADDRESS:								
SỐ ĐIỆN THOẠI (SỐ EXT.): PHONE (EXT.):			SỐ ĐIỆN THOẠI CẦM TAY: CELL PHONE:			E-MAIL: E-MAIL:		
LIÊN HỆ VỚI EM HỌC SINH/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MẸ/MOTHER <input type="checkbox"/> CHA/FATHER <input type="checkbox"/> GIÁM HỘ/GUARDIAN <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC/OTHER								
Nhân viên trường học sẽ lo việc cấp cứu và/hay đem con quý vị đến bác sĩ hoặc nhà thương để điều trị khẩn cấp trong trường hợp cần thiết và trường không liên lạc được với cả hai phụ huynh (giám hộ). (Đoàn cấp cứu sẽ đến nếu cần thiết trong trường hợp khẩn cấp.)								
TÊN BÁC SĨ: PHYSICIAN CONTACT: (NAME)				SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA BÁC SĨ: PHYSICIAN PHONE:				
TÊN NHÀ SĨ: DENTIST CONTACT: (NAME)				SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NHÀ SĨ: DENTIST PHONE:				
NHÀ THƯƠNG CHỌN LỰA: HOSPITAL PREFERENCE:								
DỊ ỨNG - THUỐC ỨNG: ALLERGIES - MEDICATIONS:								
DỊ ỨNG - ONG ĐỐT/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES THÊM THÔNG TIN:								
DỊ ỨNG- KHÁC: ALLERGIES—OTHER:								
THUỐC HIỆN ĐANG ỨNG: (TUY Ý) CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)								
NHỮNG QUAN TÂM KHÁC: OTHER CONCERNS:								
BẢO HIỂM SỨC KHỎE/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES (NẾU CÓ, GHI VÀO MỘT KHUNG) <input type="checkbox"/> CÁ NHÂN/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE/ LỰA CHỌN VỀ Y TẾ (MEDICAL ASSISTANCE/HỖ TRỢ Y TẾ) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS/CHĂM SÓC CHO TRẺ EM								
EM HỌC SINH CÓ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE MÀ CÓ THỂ CẦN ĐƯỢC CHĂM SÓC KHẨN CẤP KHÔNG? <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES NẾU CÓ (XIN GHI RÕ) DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?								
EM HỌC SINH CÓ CẦN PHẢI ỨNG THUỐC THUỞNG LỆ TẠI TRƯỜNG KHÔNG?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES								
(NẾU CÓ, XIN ĐIỀN ĐƠN MCPS 525-13 VÀ GỬI LAI TRƯỜNG)								
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ (Viết chữ in)/Printed Parent/Guardian Name				Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ/Signature of Parent/Guardian		Ngày/Date		

Thông Tin Cho Phụ Huynh/Giám Hộ của Các Học Sinh Trường Cấp III về Bản Ý Kiến Phản Hồi với Hệ Thống Kiểm Soát Hành Vi Nguy Hiểm của Thanh Thiếu Niên (YRBSS).

Lá thư này được gửi đến quý vị để thông báo về Hệ Thống Kiểm Soát Hành Vi Nguy Hiểm của Thanh Thiếu Niên (YRBSS) và phương thức để theo dõi nếu quý vị **KHÔNG** muốn con quý vị tham gia trong phỏng vấn YRBSS. United States Centers for Disease Control and Prevention sáng tạo YRBSS để đo lường những yếu tố nguy hiểm và để giám sát tính hiệu lực của các chương trình giảm rủi ro. Bản ý kiến phản hồi được phát họa để nhận diện những hành động nguy hiểm mà gồm có những hành động an toàn như dùng mũ che đầu và dây nịt; sức khỏe tâm lý và tinh thần chán nản; dùng thuốc lá, rượu, hay các chất thuốc khác; dinh dưỡng và sinh hoạt thể thao; và các hành động tình dục.

Maryland State Department of Education yêu cầu hệ thống trường học địa phương tận dụng sự thỏa thuận tiêu cực của phụ huynh trong việc phân phát bản phỏng vấn YRBSS hầu đạt một con số tiêu biểu và hiệu lực của những người tham gia bản phản hồi ý kiến. Trong niên học 2008-2009, một số mẫu trường cấp III được chọn lọc ngẫu nhiên để tham gia trong bản phản hồi ý kiến. Trừ khi quý vị có chỉ định phía trước đơn là con quý vị không tham gia trong bản phỏng vấn, em sẽ nhận bản phỏng vấn nếu trường em thuộc trong nhóm được chọn ngẫu nhiên. Xin xem những yếu tố sau đây khi quý vị quyết định:

- Sự tham gia của con quý vị trong bản phỏng vấn YRBSS là tự nguyện.
- Bản phỏng vấn YRBSS là kín và những câu trả lời của con quý vị hoàn toàn được giữ kín.
- Tên con quý vị không phải điền trong trang trả lời.

Để biết thêm thông tin về bản phỏng vấn YRBSS hay để yêu cầu một bản điều tra với các câu hỏi, yêu cầu liên lạc Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, số điện thoại 800-232-4636, hay xem trang mạng sau đây: www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs.

Nếu quý vị **KHÔNG** muốn con quý vị tham gia trong bản ý kiến phản hồi YRBSS, yêu cầu hoàn tất phần phía trước đơn mà chỉ định "YRBSS- Không Thể Tham Gia."