



# Thông Tin Khẩn Cấp của Học Sinh

(Chỉ Dành Cho Các Học Sinh Trường Tiểu Học và Trường Cấp I)

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

MCPS Form 565-1  
August 2008  
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)		
ĐỊA CHỈ NHÀ HOME ADDRESS		ĐỊA CHỈ KHÁC (NGOÀI ĐỊA CHỈ NHÀ) ADDITIONAL MAILING ADDRESS		NGÔN NGỮ NÓI TẠI NHÀ LANGUAGE SPOKEN AT HOME		
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 SỞ (EXT): WORK PHONE (EXT):		SỐ ĐIỆN THOẠI CẦM TAY: CELL PHONE:		SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ (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 ĐỀ 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 UỐNG: ALLERGIES - MEDICATIONS:						
DỊ ỨNG - ONG ĐÓT/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> KHÔNG/NO <input type="checkbox"/> CÓ/YES THÊM THÔNG TIN:						
DỊ ỨNG- KHÁC: ALLERGIES—OTHER:						
THUỐC HIỆN ĐANG UỐNG: (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 UỐNG THUỐC THUỞNG LÊ 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	