

# ເຂດໂຮງຮຽນໃນລັດຟິລາເດເຟຍ /School District of Philadelphia

## ແບບຟອມຜູ້ຕິດຕໍ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ /Emergency Contact Form

ເພດ /Sex	ຊັ້ນຮຽນ) /Grad)	/ຫ້ອງ/ ກຸ່ມ/ ລໍາດັບທີ /Rm/Sec/Bk
ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ / DOB		ໝາຍເລກໂຮງຮຽນ /School No.
ເດືອນ / Mo. ວັນທີ / Day ປີ / Y r.		

ເລກປະຈຳຕົວນັກຮຽນ /Student ID	ຊື່ນັກຮຽນ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້) /Student's Name (Last Name, First Name)		
ທີ່ຢູ່ /Address		ເບີໂທລະສັບບ້ານ /Home phone	

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງນັກຮຽນ (ຖ້າມີ) /Enter child's SSN (optional)	ນັກຮຽນຜູ້ນີ້ມີປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ່? /Does this child have health insurance? ມີ /Y_____ ບໍ່ມີ /N_____	
ຊື່ນາຍໝໍປະຈຳຕົວນັກຮຽນ/ຊື່ຄລິນິກ /Name of child's doctor/clinic	ເບີໂທລະສັບ /Telephone No.	ຖ້າມີ, ໃຫ້ໝາຍຊື່ບໍລິສັດທີ່ໃຫ້ບໍລິການປະກັນສຸຂະພາບລຸ່ມນີ້ /If yes, check the appropriate health insurance provider below  <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ/Other
ຊື່ນາຍໝໍປິວແຂ້ວປະຈຳຕົວນັກຮຽນ/ຊື່ຄລິນິກ /Name of child's dentist/clinic	ເບີໂທລະສັບ /Telephone No.	

ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນຜູ້ທຳອິດ (ຊື່ເຕັມ) ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	ຄວາມສຳພັນກັບນັກຮຽນ /Relationship to child	ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໃນຕອນກາງເວັນ /Daytime phone	ເບີໂທລະສັບມືຖື /Cell phone	ອີເມລ /Email Address
ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນຜູ້ທີສອງ (ຊື່ເຕັມ) /Second Emergency Contact (full name)	ຄວາມສຳພັນກັບນັກຮຽນ /Relationship to child	ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໃນຕອນກາງເວັນ /Daytime phone	ເບີໂທລະສັບມືຖື /Cell phone	ອີເມລ /Email Address
ຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນຜູ້ທີສອງ (ຊື່ເຕັມ) /Third Emergency Contact (full name)	ຄວາມສຳພັນກັບນັກຮຽນ /Relationship to child	ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໃນຕອນກາງເວັນ /Daytime phone	ເບີໂທລະສັບມືຖື /Cell phone	ອີເມລ /Email Address

## ຈົ່ງຈື່ຈໍາ / Please note

ຖ້າຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຄື “ແມ່ນ”, ຈົ່ງໃຊ້ແບບຟອມນີ້ກັບທ່ານໝໍຂອງລູກທ່ານ ແລະ ຂໍໃຫ້ລາວຈົ່ງໃຫ້ຂໍ້ມູນລະອຽດ ເປັນພາສາອັງກິດ. / If the answer to any of the following questions is “Yes”, please take this form to your child’s doctor and ask him/her to provide detailed information in English.

1. ລູກສາວ/ລູກຊາຍຂອງທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ໂຮງຮຽນຄວນຮູ້ບໍ່? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

\_\_\_\_\_ ແມ່ນ/Yes \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ/No

ຖ້າແມ່ນ, ຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງລູກທ່ານຈົ່ງໃຫ້ຂໍ້ມູນລະອຽດ ເປັນພາສາອັງກິດ / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

- 
2. ລູກສາວ/ລູກຊາຍຂອງທ່ານໃຊ້ຢາໃດບໍ່? / Does your daughter/son take any medication?

\_\_\_\_\_ ແມ່ນ/Yes \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ/No

ຖ້າແມ່ນ, ຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງລູກທ່ານຈົ່ງໃຫ້ຂໍ້ມູນລະອຽດ ເປັນພາສາອັງກິດ / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

- 
3. ລູກສາວ/ລູກຊາຍຂອງທ່ານມີຄວາມຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ຢາທີ່ໂຮງຮຽນບໍ່? / Does your daughter/son need to take medication at school? \_\_\_\_\_ ແມ່ນ/Yes \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ/No

ຖ້າແມ່ນ, ຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງລູກທ່ານຈົ່ງໃຫ້ຂໍ້ມູນລະອຽດ ເປັນພາສາອັງກິດ / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

---

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ / Parent/Guardian Signature

ວັນທີ / Date