

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេល្វិញ/School District of Philadelphia

ទម្រង់ទំនាក់ទំនងសម្រាប់ករណីអាសន្ន/Emergency Contact Form

ភេទ/Sex	ថ្នាក់ទី/Grade	បន្ទប់/ផ្នែក/សៀវភៅ Rm/Sec/Bk

អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសិស្ស/Student ID	ឈ្មោះសិស្ស (គោត្តនា នាម)/Student's Name (Last Name, First Name)	ថ្ងៃកំណើត/DOB	លេខសាលា/Sch. No.

អាសយដ្ឋាន/Address	លេខផ្ទះ/លេខបន្ទប់/Apt. No.	ទូរស័ព្ទផ្ទះ/Home Phone

ឈ្មោះ វេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរព្យាបាល របស់សិស្ស/Name of child's doctor/clinic	លេខទូរស័ព្ទ/Tel. No.

ឈ្មោះ ពេទ្យធ្មេញ/មន្ទីរព្យាបាល របស់សិស្ស/Name of child's dentist/clinic	លេខទូរស័ព្ទ/Tel. No.

តើសិស្សមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? (សូមគូសរង្វង់មួយ) Does this child have health insurance? (Circle one) មាន/Yes គ្មាន/No	<<បើមាន សូមគូសឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅខាងស្តាំ/If yes, check the appropriate health insurance provider to the right>>	<input type="checkbox"/> Aetna/US Health Care <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
--	---	---

អ្នកទីមួយដែលត្រូវទាក់ទងពេលមានអាសន្ន (ឈ្មោះពេញ) មាតាបិតា អាណាព្យាបាល/First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	ជាប់សាច់ញាតិនឹងសិស្សជា Relationship to child	ទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ Daytime Phone	ទូរស័ព្ទដៃ Cell Phone	អ៊ីមែល/Email Address

អ្នកទីពីរដែលត្រូវទាក់ទងពេលមានអាសន្ន (ឈ្មោះពេញ) Second Emergency Contact (full name)	ជាប់សាច់ញាតិនឹងសិស្សជា Relationship to child	ទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ Daytime Phone	ទូរស័ព្ទដៃ Cell Phone	អ៊ីមែល/Email Address

អ្នកទីបីដែលត្រូវទាក់ទងពេលមានអាសន្ន (ឈ្មោះពេញ) Third Emergency Contact (full name)	ជាប់សាច់ញាតិនឹងសិស្សជា Relationship to child	ទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ Daytime Phone	ទូរស័ព្ទដៃ Cell Phone	អ៊ីមែល/Email Address

សូមកត់សម្គាល់/Please note

បើសិនជាចម្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយខាងក្រោមនេះថា «មាន/ត្រូវលេប» សូមយកលិខិតនេះទៅជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នក ហើយសុំឲ្យគាត់ផ្តល់ការរៀបរាប់ឲ្យបានលម្អិតជាភាសាអង់គ្លេស។/ 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.

១. តើកូនលោកអ្នកមានត្រូវការជំនួយផ្នែកសុខភាពណាមួយ ឬ មានបញ្ហាសុខភាព ដែលសាលាត្រូវដឹង ឬទេ?/Does your child have any health needs or problems the school should know? មាន/Yes _____ អត់មាន/No_____

បើ **មាន** សូមឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានជាភាសាអង់គ្លេស/ If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

២. តើកូនលោកអ្នកមានលេបថ្នាំអ្វីដែរឬទេ?/Does your child take any medication? មាន/Yes _____ អត់មាន/No_____

បើ **មាន** សូមឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានជាភាសាអង់គ្លេស/ If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

៣. តើកូនលោកអ្នកត្រូវលេបថ្នាំនៅសាលា ដែរឬទេ?/Does your child need to take medication at school? ត្រូវលេប/Yes _____ អត់ទេ/No_____

បើ **ត្រូវលេប** សូមឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នកសរសេរជាភាសាអង់គ្លេស/ If **YES**, please ask your child’s doctor to write in English

ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/Parent/Guardian Signature

ថ្ងៃខែ/Date