

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាឌែលហ្វី

ព័ត៌មានអំពីការធ្វើដំណើរ / TRIP INFORMATION

ការអនុញ្ញាតរបស់មាតាបិតា / PARENTAL PERMISSION

សាលា/ School	ទូរស័ព្ទសាលា/ School Phone	ថ្នាក់/បន្ទប់/ Grade/Room	ថ្ងៃខែសរសេរឯកសារ/ Date Prepared
គ្រូ/ Teacher	ទីកន្លែងដែលត្រូវទៅ/ Destination		
គោលបំណងក្នុងការសិក្សានៃការធ្វើដំណើរ/ Educational Purpose of Trip			
ថ្ងៃខែធ្វើដំណើរ/ Date of Trip	ម៉ោងចេញដំណើរ/ Leave Time	ម៉ោងត្រឡប់មកវិញ/ Return Time	កម្មវិធីនៃការធ្វើដំណើរ (សង្ខេប)/ Trip Itinerary (summary)
វិធីដឹកសិស្ស/ Methode of Transportation	តម្លៃដែលសិស្សត្រូវចេញ/ Cost to Student <input type="checkbox"/> ឥតចេញថ្លៃ/ Free \$_____	អាហារពេលថ្ងៃរបស់សិស្ស/ Student Lunch <input type="checkbox"/> ទិញ/ Buy <input type="checkbox"/> គេផ្តល់ឲ្យ/ Provided	<input type="checkbox"/> យកពីផ្ទះ/ Bring <input type="checkbox"/> មិនត្រូវការទេ/ Not Needed

សូមបំពេញ ហើយកាត់ផ្នែកខាងក្រោមនៃលិខិតនេះ ប្រគល់ឲ្យគ្រូវិញ/ Please complete and detach the bottom part of this form and return to teacher.

ព័ត៌មានរបស់សិស្ស/ STUDENT INFORMATION

ឈ្មោះសិស្ស/ Name of student: _____ អត្តលេខ/ I.D.#: _____ ថ្ងៃកំណើត/ Date of Birth: _____

ព័ត៌មានរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ PARENT/GUARDIAN INFORMATION

១. មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ Parent/Guardian: _____ អាសយដ្ឋាន/ Home Address: _____
 ទូរស័ព្ទផ្ទះ/ Home Phone: _____ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ Work Phone: _____ ទូរស័ព្ទដៃ/ Cell Phone: _____

២. មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ Parent/Guardian: _____ អាសយដ្ឋាន/ Home Address: _____
 ទូរស័ព្ទផ្ទះ/ Home Phone: _____ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ Work Phone: _____ ទូរស័ព្ទដៃ/ Cell Phone: _____

សិស្សរស់នៅជាមួយ/ Student lives with (គូសយកអ្វីៗដែលពាក់ព័ន្ធ): ឪពុក/ Father ម្តាយ/ Mother អាណាព្យាបាល/ Guardian

អ្នកដែលអាចទាក់ទងនៅពេលមានអាសន្ន/ EMERGENCY CONTACTS

បើសិនជាគេមិនអាចទាក់ទងទៅ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាលបាន សាលានឹងទូរស័ព្ទទៅអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះ។ អ្នកដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះ ជាអ្នកមានការទទួលខុសត្រូវ ហើយអាច៖ ១) ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីព្យាបាល ២) ទៅយកកូនរបស់លោកអ្នក បើសិនជាកូនលោកអ្នកឈឺ ៣) មានសិទ្ធិនិយាយជំនួស មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល។

ឈ្មោះ/ Name: _____	ឈ្មោះ/ Name: _____
ទូរស័ព្ទផ្ទះ/ Home Phone: _____	ទូរស័ព្ទផ្ទះ/ Home Phone: _____
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ Work Phone: _____	ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ Work Phone: _____
ទូរស័ព្ទដៃ/ Cell Phone: _____	ទូរស័ព្ទដៃ/ Cell Phone: _____

ព័ត៌មានអំពីសុខភាព/ HEALTH INFORMATION

បើសិនជាផ្តល់ការអនុញ្ញាត សូមផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដូចតទៅ ឬ បើសិនជាកូនរបស់លោកអ្នកគ្មានអាការពិតដូចខាងក្រោមនេះទេ សូមសរសេរថា «គ្មាន»។

ថ្នាំដែលសិស្សកំពុងលេប/ Medication/s being taken by student: _____

មានប្រតិកម្មនឹង ម្ហូបអាហារ ភេសជ្ជៈ សត្វល្អិត ថ្នាំ ផ្សេងៗ/ Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other: _____

ព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្សេងទៀត/ Other medical information: _____

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត/ Physician's Name: _____ ទូរស័ព្ទ/ Phone: _____

សំបុត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាព/មន្ទីរពេទ្យ/ Medical/Hospital Insurance: _____ ក្រុម/ Group: _____ ប្រភេទ/Type: _____

ខ្ញុំបានអានព័ត៌មានអំពីការធ្វើដំណើរទៅ/ I have read the information about the trip to _____ នៅថ្ងៃ/ on _____

សូមត្រួតពិនិត្យ/Check one: កូនខ្ញុំ/my child អាច/may មិនអាច/may not **ធ្វើដំណើរ/go on this trip**

ខ្ញុំដឹងថា ពេលមានអាសន្នដែលត្រូវឲ្យមានការព្យាបាល គេនឹងព្យាយាមទាក់ទងទៅអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះ។ បើសិនជាគេមិនអាចទាក់ទងទៅអ្នកទាំងនេះបាន ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យសាលាផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលិកផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ធ្វើការព្យាបាលដែលចាំបាច់។

សរសេរឈ្មោះ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល/ Print Name of Parent/s or Guardian/s: _____

ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល/ Signature of Parent/s or Guardian/s: _____ ថ្ងៃខែ/ Date: _____

ត្រូវរក្សាទុកសំណុំឯកសារនេះមួយច្បាប់ រហូតដល់ចប់ឆ្នាំសិក្សា។/A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.