

_____សាលា/School



Philadelphia, PA 19

ទូរស័ព្ទ៖/Tel. _____

_____ (ថ្ងៃខែ/Date)

ជូនចំពោះ មាតាបិតា ឬ អាណាព្យាបាល៖

ភ្នែករបស់កូនលោកអ្នកសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការសិក្សារបស់ពួកគេ។ ការពិនិត្យភ្នែកដែលបានធ្វើឡើងដោយគិលានុដ្ឋាកនៅសាលារបស់
កូនលោកអ្នក បានបង្ហាញឲ្យដឹងថាកូនលោកអ្នកមានបញ្ហាមើលមិនសូវឃើញ។ ការពិនិត្យភ្នែកអាចជួយឲ្យដឹងពីបញ្ហាភ្នែក។

កម្មវិធីពិនិត្យភ្នែកចល័ត Eagles (Eagles Eye Mobile) គឺជាកម្មវិធីសហការរបស់យុវវ័យ Eagles (Eagles Youth Partnership)
នឹងផ្តល់ការពិនិត្យភ្នែកដល់កូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ បុគ្គលិករបស់កម្មវិធីពិនិត្យភ្នែកចល័ត Eagles នឹងផ្តល់ឲ្យកូនលោកអ្នកនូវ៖
ការពិនិត្យភ្នែកយ៉ាងច្បាស់លាស់
វ៉ែនតាមួយគូរ បើសិនជាត្រូវការ

អ្វីៗដែលលោកអ្នកត្រូវធ្វើគឺ៖

បំពេញលិខិតយល់ព្រមដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។

ចុះហត្ថលេខាបញ្ជាក់ថាបានទទួល «សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តរបស់សិទ្ធិឯកជន/Notice of Privacy Practices» ក៏មានភ្ជាប់
មកជាមួយដែរ។

សូមធ្វើយ៉ាងណាឲ្យកូនមករៀននៅថ្ងៃទី _____ (Date) នៅពេលដែល កម្មវិធីពិនិត្យភ្នែកចល័ត Eagles មក
កាន់សាលា _____ (School)។

ដោយសេចក្តីស្មោះស្ម័គ្រ

_____ (គិលានុដ្ឋាក/Nurse)

ទូរស័ព្ទ៖/Tel. _____