NHA HỌCCHÁNH PHILADELPHIA

Dịch Vụ Y Tế Học Đường /School Health Services

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ DỮ KIỆN / *CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION*

Xin Điền Đơn Này Bằng Anh Ngữ
Please fill this form in English

KÍNH THƯA QUÍ VỊ /*TO WHOM IT MAY CONCERN*:

Tôi cho phép y tá nhà trường liên lạc với các cơ quan sau đây trong trường hợp cần thiết */I hereby authorize the school nurse to communicate as need with:*

Cơ Quan/Bác Sĩ */Agency/Doctor*s_____

Địa Chỉ */Address*_____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Số Bưu Điện */City, State, Zip*_____

*Điện Thoại /Telephone*_____ Số Fax */Fax #*_____

và _____ được phép liên lạc với y tá trường và trao các bản sao
Cơ Quan /Agency
_____ về
Các Tài Liệu Cần Thiết / *Information Requested*

Học Sinh/*Student*_____Ngày Sanh */Date of Birth*_____

Địa Chỉ */Address* _____Mã Số Bưu Điện */Zip*_____

Tên phụ huynh / Nggười Giám Hộ */Name of Parent/Guardian* _____

XIN GỞI THƠ HOẶC FAX DỮ KIỆNCHO:

Y Tá Trường */School Nurse*_____ Điện Thoại */Phone*_____

Trường */School*_____

Địa Chỉ */Address* _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Số Bưu Điện */City, State, Zip:* _____

Điện Thoại */Telephone* _____Số Fax */Fax #* _____

Tôi biết rằng thông tin này sẽ được dùng để đánh giá tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân học sinh và đồng thời giúp cung cấp một chương trình quản lý về sức khỏe và giáo dục.

Tôi biết rằng giấy cho phép này chỉ có hiệu lực từ ngày ký tên cho tới hết niên học năm nay trừ trường hợp tôi viết đơn thu hồi giấy cho phép này sớm hơn.

_____
Chữ Ký Của Cha Mẹ/Người Giám Hộ/ Học Sinh (Nếu Tự Lập
Signature of Parent/Guardian/Student (if emancipated)

_____
Ngày Ký */Date Signed*

Muốn đọc những tài liệu và thông tin khác bằng tiếng Việt, xin coi trang web: www.philasd.org/language/vietnamese