

សាលាបឋមសិក្សា ELIZA B. KIRKBRIDE

1501 South 7th Street
Philadelphia, PA 19147
215-952-6214

ព័ត៌មានរបស់សិស្សសម្រាប់ពេលមានអាសន្ន (សូមសរសេរឲ្យច្បាស់)/Student Emergency Information (Please print clearly)

ឈ្មោះសិស្ស/Student Name _____ ភេទ/Gender __ប/M __ស/F ថ្នាក់ទី/Grade ____
(គោត្តនាម/Last) (នាម/First)

អាសយដ្ឋាន/Address _____ ទូរស័ព្ទផ្ទះ/Home Phone _____

ទីក្រុង/City _____ រដ្ឋ/State _____ លេខតំបន់/Zip Code _____

ឈ្មោះម្តាយ/Mother's Name _____ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/Work Phone _____

ទូរស័ព្ទដៃ/Cell Phone _____

ឈ្មោះឪពុក/Father's Name _____ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/Work Phone _____

ទូរស័ព្ទដៃ/Cell Phone _____

បើមិនអាចទាក់ទងទៅមាតាបិតាបាននៅពេលមានជម្ងឺ និង/ឬ គ្រោះថ្នាក់ មាតាបិតាអនុញ្ញាតឲ្យសាលាប្រគល់សិស្សឲ្យទៅមនុស្សពេញវ័យដែលមាន
ឈ្មោះខាងក្រោមនេះ/If unable to reach the parent in the event of illness and/or accident, the school is authorized to release the student to the
following adult(s):

១. ឈ្មោះ/Name _____ ជាប់សាច់ញាតិជា/Relationship _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

លេខទូរស័ព្ទដៃ/Cell Phone _____

២. ឈ្មោះ/Name _____ ជាប់សាច់ញាតិជា/Relationship _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

លេខទូរស័ព្ទដៃ/Cell Phone _____

តើកូនលោកអ្នកមានជម្ងឺ ឬមានបញ្ហាអ្វី ដែលសាលាត្រូវដឹងឬទេ?/Does your child have any health needs or problems the school should know?

___ មាន/Yes ___ គ្មាន/No

បើមាន សូមសរសេរឈ្មោះជម្ងឺ ឬបញ្ហា/If YES, please list _____

តើកូនលោកអ្នកមានលេបថ្នាំអ្វីដែរឬទេ?/Does your child take any medication? ___ លេប/Yes ___ មិនលេប/No

បើលេប សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំ/If YES, please list _____

តើកូនលោកអ្នកត្រូវលេបថ្នាំអ្វីនៅសាលា ដែរឬទេ?/Does your child need to take medication at school? ___ ត្រូវលេប/Yes ___ មិនត្រូវលេប/No

បើត្រូវលេប សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំ/ If YES, please list _____

តើបច្ចុប្បន្ននេះកូនលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ?/Does your child have medical insurance at this time? ___ មាន/Yes ___ គ្មាន/No

បើមាន តើក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឈ្មោះអី/If YES, what is the name of the insurance? _____

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ/Physician's Name _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

ឈ្មោះពេទ្យធ្មេញ/Dentist's Name _____ លេខទូរស័ព្ទ/Phone Number _____

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/Parent's Signature _____ ថ្ងៃខែ/Date _____