



မှတ်ပုံတင်ခြင်း နှင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်နှင့်ဆိုင်သောဖောင်

(မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူကိုယ်တိုင်မှပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွပ်ပြီးလက်မှတ်ရေးထိုးပါ။- နာမည်အပြည့်အစုံဖော်ပြပါ။)

ကျောင်းသူ/သားနာမည် _____ ကျား _____ မ _____

မွေးသက္ကရာဇ် _____ နေရပ်လိပ်စာ _____

မြို့နယ် _____ ပြည်နယ် _____ ဧရိယာအမှတ် (Zip) _____

တက်ရောက်သောစာသင်ကျောင်း _____ အတန်း _____ ဆရာ/မနာမည် _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ၁- _____ တော်စပ်ပုံ _____

နေဖက်ပိုင်းဆက်သွယ်၍ရသောဖုန်း (_____) _____ ညဖက်ပိုင်းဆက်သွယ်၍ရသောဖုန်း(_____) _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ၂- _____ တော်စပ်ပုံ _____

နေဖက်ပိုင်းဆက်သွယ်၍ရသောဖုန်း (_____) _____ ညဖက်ပိုင်းဆက်သွယ်၍ရသောဖုန်း(_____) _____

ပိုမိုမည့်ချောစာတွင်သင်ပါဝင်လိုပါသလား? ဟုတ်ကဲ့ မဟုတ် အီးမဲလ် _____

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူများ၊ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောသူများကိုလည်းဆက်သွယ်မှာဖြစ်ပါသည်။

၁)- _____ တော်စပ်မှု _____ ဖုန်းနံပါတ် (_____)- _____ - _____

၂)- _____ တော်စပ်မှု _____ ဖုန်းနံပါတ် (_____)- _____ - _____

ဆေးကုသပေးသောဆရာဝန်အမည် _____ ဖုန်းနံပါတ် (_____)- _____ - _____

နေရပ်လိပ်စာ _____ မြို့နယ် _____ ပြည်နယ် _____

စခန်းတွင်ယူဆောင်ရမည့်ဆေးဝါး (Medication at Camp)

စခန်းတွင်နေထိုင်စဉ်ဆေးဝါးသောက်သုံးရန်လိုအပ်ပါကအောက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းလိုက်နာဆောင်ရွက်ပေးပါ။ မည်သည့်ဆေးဝါးမဆို ၊ ဆရာဝန်၏ဆေးညွှန်း နှင့် ကောင်တာတွင်ဝယ်သောဆေးဝါးများ ၊အခြားဆေးဝါးအမျိုး၊ စသည့်တို့ကို စခန်းတွင် အသုံးပြုရန်လိုအပ်မည်ဆိုပါက၊ ဆေးဝါးခွင့်ပြုချက်ဖောင် တွင် မိဘ နှင့် ဆရာဝန်၏ ခွင့်ပြုကြောင်းလက်မှတ်ရေးထိုးပေးရပါမည်။ ဆေးဝါးသတင်းအချက်အလက်စာရွက် ကိုအသေးစိတ်ပြန်လည်ဆန်းစစ်ပါ။ ပိုမိုသိရှိလိုပါက ၂၆၉-၇၂၁-၈၁၆၁ တွင်ခေါ်ဆိုပါ။

ဓာတ်ပုံရိုက်ခွင့်တောင်းခံခြင်း (Photo Permission)

အကျွန်ုပ်၏ကလေးအားစခန်းနှင့်ပတ်သက်၍ မေဒီယာ နှင့် ကြော်ငြာတွင်အသုံးပြုရန် သူ/သူမ၏ဓာတ်ပုံအသုံးပြုခွင့်ပေးပါသည်။ကလေး၏ နာမည်ကိုဖော်ပြမည်မဟုတ်ပါ။ ဓာတ်ပုံအသုံးပြုခြင်းကြောင့် အခြားငွေ ရရှိမှာမဟုတ်ပါ။

ခွင့်ပြုပါသည်

ခွင့်မပြုပါ

ယေဘုယကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမေးခွန်းများ

၁. သင့်ကလေးအနေဖြင့်ဤစခန်းတွင်ပါဝင်ရန် လတ်တလောရရှိသော အနာတရဖြစ်မှု၊ ဖျားနာမှု၊ သို့မဟုတ် ကူးစက်နိုင်သောရောဂါခံစားမှုရှိပါသလား။

၂. နာတာရှည်ဖျားနာခြင်း/ထပ်တလဲလဲဖြစ်ပေါ်တတ်သောရောဂါ သို့မဟုတ် အနာရောဂါဖြစ်ခြင်းရှိပါကဖော်ပြပေးပါ။

၃. အထူးထည့်သွင်းစဉ်းစားရမည့် ကျန်းမာရေး နှင့် အပြုအမူဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ခန္ဓာကိုယ်ပိုင်းဆိုင်ရာကန့်သတ်မှုရှိပါကဖော်ပြပေးပါ။

၄. အစားအစာ၊ ဆေးဝါး နှင့် ပျားတုတ်ခြင်းစသည့်တို့မှ ဓာတ်မတည့်ခြင်းများရှိပါကဖော်ပြပေးပါ။

၅. အစားအသောက်နှင့်ပတ်သက်၍ကန့်သတ်ချက်ရှိပါကဖော်ပြပေးပါ။ ဥပမာ- ဂလူတန်ဓာတ်ကင်းစင်သောအစားအစာလိုအပ်ခြင်း၊ သက်သတ်လွတ်စားရန်လိုအပ်ခြင်းစသည့်တို့ကိုဆိုလိုသည်။ ဤကဲ့သို့အစားအစာနှင့်ပတ်သက်၍ကန့်သတ်ချက်ရှိပါက စခန်းသို့ချက်ချင်းအကြောင်းကြားပေးရပါမည်။ ၂၆၉-၇၂၁-၈၁၆၁ သို့ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

၆. သင့်ကလေး ညအိပ်ယာပေါ်သို့ သေးလူးတတ်သလား?/Does your child Wet the bed? ဟုတ်ကဲ့ _____ မဟုတ်ပါ _____
သင့်ကလေးသည် ညအိပ်နေရင်း ထပြီးလမ်းလျှောက်တတ်သလား? Sleep Walk? ဟုတ်ကဲ့ _____ မဟုတ်ပါ _____

၇. သင့်ကလေးသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးထားမှု အပြည့်အစုံရှိပါသလား? ဟုတ်ကဲ့ _____ မဟုတ်ပါ _____

၈. သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့သိထားသင့်သောအချက်များရှိပါကဖော်ပြပေးပါ။ _____

အကျွန်ုပ်၏ကလေးအား Battle Creek အစိုးရစာသင်ကျောင်း၏ အိုအီးစီ(BCPS OEC) တွင်ပါဝင်ရန်ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ဤအစီအစဉ်တွင် ပါစဉ်တွင်ပါဝင်သောလှုပ်ရှားမှုအားလုံးသည် မိချိကန်အစိုးရ၏ ကလေးများဆိုင်ရာစခန်းလိုင်စင်အရလုပ်ဆောင်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။ BCPS OEC ၏ ဝန်ထမ်းများထံသို့ အကျွန်ုပ်ကလေးနှင့်ပတ်သက်သောအမှုအရာအားလုံးကိုတွယ်ဖြေရှင်းခွင့်ပေးရန်သဘောတူပါသည်။
သင့်ကလေး၏ပစ္စည်းပျောက်ဆုံးခြင်း၊ အခိုးခံခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းများပျက်စီးခြင်းစသည့်တို့အပေါ် BCPS OEC ဝန်ထမ်းများမှတာဝန်ယူဆောင်ရွက်ပေးမှာမဟုတ်ပါ။ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်နှင့်ပတ်သက်၍မှန်ကန်မှုရှိပြီး၊ အကယ်၍ မတော်တဆဖျားနာမှု နှင့် ထိခိုက်မှုများရှိခဲ့ပါကအထက်တွင်ဖော်ပြထားသောဖုန်းနံပါတ်တွင်ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ အရေးပေါ်ဖြစ်ပြီး၊ အကျွန်ုပ်အားဖုန်းခေါ်၍မရခဲ့ပါက၊ BCPS OEC ၏အရေးပေါ်ဆေးဝါးကုသမှု နှင့် ခွဲစိတ်ကုသမှု အစီအစဉ်အတိုင်းဆောင်ရွက်ပေးရန်သဘောတူပါသည်။ အကျွန်ုပ်ကလေးအားတရားဝင်အသိအမှတ်ပြုပြီးလိုင်စင်ရဆရာဝန်၏ကုသပေးနိုင်ရန် ဆေးရုံသို့ပို့ပေးခြင်းကိုလည်းလက်ခံသဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အကျွန်ုပ်ကလေးအားစခန်းသို့ခေါ်ယူရန်လိုအပ်မှုရှိခဲ့ပါက အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောမိဘ/အုပ်ထိန်းသူ နှင့်အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်သူများအားခေါ်ယူရန်ခွင့်ပြုပါသည်။မိဘ/အုပ်ထိန်းသူများမှသဘောတူညီချက်မရှိသောသူမှကလေးအားခေါ်ယူခွင့်မရှိကြောင်းနားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

လက်မှတ်(မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ရမည်။)

(ရက်စွဲ)

သက်သေလိုအပ်ပါက (Witness if needed)

(ရက်စွဲ)

စာမျက်နှာ ၂ သည် မှတ်ပုံတင်ခြင်း နှင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်နှင့်ဆိုင်သောဖောင်ဖြစ်သည်။