

Warren နယ်မြေခရိုင်အစိုးရကျောင်းများ (Warren County Public Schools)

မိဘ / အုပ်ထိန်းသူလေ့လာရေးခရီးခွင့်ပြုချက်ကတ်ပြား

အောက်ပါတွင်သင်လက်မှတ်ရေးထိုးပါက၊ သင်သည်ကျောင်းသား၏တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည်ဟုအလိုအလျောက်အာမခံရာကျရောက်ပြီး သင်မှ _____ အတွက် _____ သို့ _____ ရက်စွဲ ဌ လေ့လာရေးခရီးအခွင့်ပြုကြောင်းသက်ရောက်သည်။ သင့်မှာသယ်ယူပို့ဆောင်ရေးမရှိပါက၊ Warren နယ်မြေခရိုင်ပညာရေးအစိုးရကျောင်းများ (Warren County Public School of Education) မှဦးစီးဆောင်ရွက်သော ကားသယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ သို့မဟုတ် အခြားကျောင်းများက သင့်ကိုသယ်ယူပို့ဆောင်ရေးစီစဉ်ကမ်းလှမ်းပါမည်။

သင်သည်ဤကျောင်းသား၏တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည့်အလျောက် အောက်ပါမေးခွန်းတွင်ပါရှိသောမေးခွန်းများ (သင်၏အဖြေကိုဝိုင်းထားပါ) အတွက် ဟုတ် သို့မဟုတ် မဟုတ်ဟုဖြေဆိုပေးပါ။

သင့်ကလေးမှာဤဖော်ပြပါအောက်ပါရောဂါများရှိပါသလား -

ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ/ရုတ်တရက်ဖြစ်ပေါ်လာတတ်သောရောဂါများရှိပါသလား..... ဟုတ် မဟုတ်

သွေးမတည့်/ခါတ်မတည့်သည့်ရောဂါအခြေအနေကြောင့်သင့် Epi-Pen ဆေးကိုအသုံးပြုရပါသလား..... ဟုတ် မဟုတ်

ပန်းနာရင်ကြပ်ရောဂါကြောင့်ရှူဆေးတောင့်သုံးရသည်။ ဟုတ် မဟုတ်

ဆီးချိုရောဂါ သို့မဟုတ် ကလူကာကွန်အတွက် သွေးသကြားနည်းသောဆေးဝါးကုသမှုများရယူနေပါသလား ဟုတ် မဟုတ်

သင်သည်အထက်ပါမေးခွန်းတစ်ခုခုမှ “ဟုတ်သည်” ဟုဖြေဆိုပါက၊ သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေးဆေးဝါးကုသမှုများကို ကျေးဇူးပြု၍ တိတိကျကျ ရှင်းပြပါ - _____

အခြားကျန်းမာရေးအခြေအနေတစ်ခုခုရှိပါကကျေးဇူးပြု၍ရေးပေးပါ _____

လေ့လာရေးခရီးတွင်ဆေးဝါးကုသမှုများဝေမျှရန်တောင်းဆိုခြင်း _____

သွေးမတည့်ခြင်း/ခါတ်မတည့်ခြင်းများ _____

မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

ဆေးဝါးကုသမှုဆိုင်ရာအကြောင်းအရာများခွင့်ပြုလွှာ

ဤဖြစ်ရပ်တွင်အရေးပေါ်ကိစ္စတစ်ရပ်ရပ်ဖြစ်လာပါက၊ ကျွန်ုပ်မှ _____ အတွက် ဆေးရုံ/ဆေးခန်း/ဆရာဝန်၏အလုပ်ရုံး တွင်ကုသမှုခံယူရန်အခွင့်ပြုပါသည်။

ကလေး၏ဆရာဝန်မှာ _____ အာမခံအဖွဲ့အစည်း _____ ပေါ်လစီနံပါတ် _____

အရေးပေါ်ဖုန်းနံပါတ် #၁ - _____ နာမည် - _____

အရေးပေါ်ဖုန်းနံပါတ် #၂ - _____ နာမည် - _____

အခြားအချက်အလက်များဖြည့်စွက်လိုပါက စာမျက်နှာ နောက်ကျောတွင်ရေးပေးပါ။