

សាលាសាធារណៈល្វែន
សេវាសុខភាពនៅសាលា
ការផ្តល់ជូនថ្នាំ/ការព្យាបាលនៅក្នុងសាលា
បែបបទបំពេញការយល់ព្រមរបស់មាតាបិតា

ការអនុញ្ញាត/ការយល់ព្រមពីមាតាបិតា ដើម្បីគ្រប់គ្រងថ្នាំ/ការព្យាបាលនៅក្នុងទីតាំងសាលា៖

ឈ្មោះសិស្ស _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ _____

អាសយដ្ឋាន _____ សាលា _____ ថ្នាក់/Rm# _____

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____ ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ# _____
(សូមបោះពុម្ព)

ការងារ # _____ ទូរស័ព្ទដៃ # _____ លេខគ្រាអាសន្ន # _____

****អ្នកផ្សេងទៀតទទួលបានការជូនដំណឹងក្នុងករណីមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់
ប្រសិនបើមិនអាចទាក់ទងមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលបាន****

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនងនឹងសិស្ស _____ ទូរស័ព្ទដៃ # _____

ថ្ងៃនេះកូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំកំពុងទទួលបានថ្នាំ/ការព្យាបាលដូចខាងក្រោម។ សូមរាយឈ្មោះថ្នាំ/ការព្យាបាលទាំងអស់
ដែលកូន
របស់អ្នកកំពុងទទួលបាន រួមទាំងថ្នាំ/ការព្យាបាលដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនកំឡុងពេលរៀននៅសាលាផងដែរ។
**ត្រូវបញ្ចប់ប្រសិនបើមិនបំពានលើការសម្ងាត់*

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

កូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំត្រូវបានគេដឹងថាមានអាឡែស៊ីដូចខាងក្រោម៖ _____

**ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតអោយគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលា ឬបុគ្គលិកសាលាដែលកំណត់ដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលា
ដើម្បីផ្តល់ថ្នាំ/ការព្យាបាលដូចខាងក្រោម _____ ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយ _____**
ជូនចំពោះ _____ ។
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ _____ ឈ្មោះសិស្ស _____

1. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតអោយកូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំដើម្បីគ្រប់គ្រងថ្នាំ/ការព្យាបាលរបស់ពួកគេ ដោយខ្លួនឯង
ប្រសិនបើគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាកំណត់ថាមានសុវត្ថិភាព។ បាទ/ចាស់ ទេ
2. ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតអោយគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាចតុបកូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំដើម្បីធានាបាននូវសុវត្ថិភាពក្នុងការ
គ្រប់គ្រង។ បាទ/ចាស់ ទេ

**ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចទៅយកថ្នាំ ឬរូបថតរបស់កូនពីសាលាបានគ្រប់ពេល ហើយថ្នាំ
នឹងរូបថតនោះនឹងត្រូវបានបំផ្លាញចោល ប្រសិនបើគ្មាននរណាទៅយកនៅថ្ងៃសិក្សាចុងក្រោយក្នុងខែមិថុនា។*
**ខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងទៅគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាភ្លាមៗបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការបញ្ជាទិញថ្នាំ/ការព្យាបាលនេះ។*
**ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គលិកសាលាត្រឹមត្រូវ។*

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល _____ កាលបរិច្ឆេទ _____