



# Chương Trình Giáo Dục Môi Trường Ngoài Trời

## Đơn Cho Phép của Phụ Huynh/Giám Hộ

Outdoor Environmental Education Programs  
Office of Curriculum and Instructional Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 345-7  
Tháng Giêng, 2018

**CHỈ DẪN CHO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ:** Xin hãy điền biểu mẫu này và gửi lại cho giáo viên của con quý vị. Thầy/cô giáo sẽ giao biểu mẫu đã điền xong này cho người trợ tá y tế hay y tá khi tới trung tâm giáo dục ngoài trời.

Tên Học Sinh Họ Học Sinh MCPS ID# \_\_\_\_\_

Tên Học Sinh/Tên Chọn \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Tên Trường \_\_\_\_\_

Xin đánh dấu vào tất cả những chỗ thích hợp:

- Con tôi cần phải dùng thuốc. (Phụ huynh/Giám hộ phải cung cấp thuốc đựng trong hộp gốc, có dán nhãn hẳn hoi, đã được cho phép chính xác như theo biểu mẫu [MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication](#). Em học sinh sẽ không được dùng thuốc mà không tuân theo với [MCPS Regulation JPC-RA, Administration of Medication to Students](#).)
- Con tôi phải uống các thuốc bán ở quầy sau đây \_\_\_\_\_  
Tôi đã nạp [MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication](#). (Chữ ký bác sĩ **không** cần thiết cho thuốc bán tại quầy tại chương trình giáo dục môi trường ngoài trời.)
- Con của tôi bị dị ứng với côn trùng cắn và có thể cần chữa trị. (Nếu cần chất epinephrine, kèm theo [MCPS Form 525-14, Emergency Care for Management of Anaphylaxis](#).)
- Con tôi có dị ứng phản ứng quá mẫn tính với thức ăn. \_\_\_\_\_  
Kèm theo [MCPS Form 525-14, Emergency Care for Management of Anaphylaxis](#) nếu bắt buộc phải dùng thuốc epinephrine.
- Con tôi có dị ứng với \_\_\_\_\_
- Con tôi có những điều kiện chế độ ăn uống đặc biệt \_\_\_\_\_ (Một số các chế độ ăn kiêng sẽ đòi hỏi là các phụ huynh/giám hộ cung cấp một số thức ăn.)
- Con tôi có những điều kiện đặc biệt khác mà giáo chức nên biết. Đó là: \_\_\_\_\_

Ngày chủng ngừa Tetanus cuối cùng của học sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### THÔNG TIN CẦN THIẾT

Điện Thoại Nhà Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Tên Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_\_  
 Sở \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Điện thoại cầm tay \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Tên Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_\_  
 Sở \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Điện thoại cầm tay \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Tên Người Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp \_\_\_\_\_  
 Số Điện Thoại để Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Tên Người Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp \_\_\_\_\_  
 Số Điện Thoại để Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 \*Thông tin liên lạc khẩn cấp cần thiết này CHỈ cho sinh hoạt Chương Trình Giáo Dục Ngoài Trời. Nếu quý vị cần cho trường biết thông tin liên lạc khẩn cấp mới nhất của con quý vị, yêu cầu liên lạc với trường học em.

### THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM

Tên Người Đứng Tên Bảo Hiểm Y Tế \_\_\_\_\_  
 Nhóm/Tổ chức \_\_\_\_\_  
 Số Policy \_\_\_\_\_  
**Nếu Gia đình là thành viên của HMO/PPO:**  
 Tên Nhóm \_\_\_\_\_  
 Office Used \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_  
 Điện Thoại \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Tên Bác Sĩ Gia Đình \_\_\_\_\_  
 Điện Thoại Bác Sĩ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Kiểm soát lại xem con quý vị có là học sinh phụ tá trung học cấp III không và ghi tên trường học con quý vị theo học: \_\_\_\_\_

Tôi cho phép con tôi tham gia trong chương trình giáo dục môi trường ngoài trời diễn tả trong lá thư kèm theo mà tôi đã đọc. Trong trường hợp không gọi được cho tôi trong trường hợp khẩn cấp, tôi cho phép nhân viên tại trung tâm giáo dục ngoài trời tìm điều trị thích hợp cho con tôi.

Tên Phụ huynh/Giám hộ (yêu cầu viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_