



ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ԺՈՂԿԵՐԴԱԺԻՆ
ՌՈՍԱՆՈՂԻ ՀՏԱԿ ԴԵԴՔՈՒՄ ՕԳՏԿԵԼԻՍ ՏԵՐԵՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Տեղեկություն «Տնօրին» խնդրվում է ամբողջությամբ լրացնել և ստորագրել: Արտակարգ դեպքում ըստ ժողկրթբաժնի օրենքի, ուսանողները մնալու են դպրոցում իրենց ապահովության համար Դպրոցը օգտվելու է այս փաստաթուղթը ուսանողին տու՜ն ուղարկելու պահին: Խնդրվում է տպել համակարգչով, եթե ոչ գրեք ընթերցանել և վերադարձրեք դպրոցին

Ուսանողի Ազգանուն			Անուն			Երկրորդ անվան առաջին տառ			
Տնտեսյան թվական		տղա աղջիկ	Դասարան		Տնային լեզու				
Ուսանողի տան շենքի համար			Փողոց			Բնակարանի #		Քաղաք	Փոստային համար
Փոստային հասցե /շենքի համար (եթե տարբերվում է տան հասցեից)			Փողոց			Բնակարանի #		Քաղաք	Փոստային համար
Տնօրին/հնամակալի Ազգանուն		Անուն		Կապակցությունը ուսանողի հետ				Ուսանող ձեր հետ է ապրում <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Աշխատանքի հասցե- շենքի համար		Փողոց			Քաղաք			Փոստային համար	
Կոնտակտային համարներ			Լճեր թե որ թվով կապվենք յուրաքանչյուր դեպքում *				Էլեկտրոնային Գրասենյակ		
Տան	Շտապ դեպքում	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Բջջային	Համայնում	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Աշխատանքի	Ընդհանուր տեղեկություններ	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Տեքստ	<input type="checkbox"/>	ես թույլատրում եմ ստանալ տեքստեր և պատասխանատու եմ նրանց հետ կապված բոլոր ծախսերին							
Տնօրին/հնամակալի Օրինական Ազգանուն		Անուն		Կապակցությունը ուսանողի հետ				Ուսանող ձեր հետ է ապրում <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Աշխատանքի հասցե- շենքի համար		Փողոց			Քաղաք			Փոստային համար	
Կոնտակտային համարներ			Լճեր թե որ թվով կապվենք Ձեզ հետ յուրաքանչյուր դեպքում *				Էլեկտրոնային Գրասենյակ		
Տան	Արտակարգ դեպքում	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Բջջային	Համայնում	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Աշխատանքի	Ընդհանուր տեղեկություններ	<input type="checkbox"/> Տան	<input type="checkbox"/> Բջջային	<input type="checkbox"/> Աշխատանքի					
Տեքստ	<input type="checkbox"/>	ես թույլատրում եմ ստանալ տեքստեր և պատասխանատու եմ նրանց հետ կապված բոլոր ծախսերին							
Տնօրենին՝ Այն դեպքում, երբ դուք չեք կարողանա ինձ հասանել որե՛նչ արտակարգ իրավիճակների պահին, դուք իրավասու եք կապվել և, անհրաժեշտության դեպքում, ազատել իմ երեխային հետևյալ ներքոց որևէ մեկին.									
Անուն		Կապակցություն			Տան հեռախոս		Բջջային հեռախոս		Աշխատանքային հեռախոս
Անուն		Կապակցություն			Տան հեռախոս		Բջջային հեռախոս		Աշխատանքային հեռախոս
Անուն		Կապակցություն			Տան հեռախոս		Բջջային հեռախոս		Աշխատանքային հեռախոս
Լճեր այս դպրոցը հաճախող Ձեր ընտանիքի այլ անդամների անունները									
Ազգանուն		Անուն			Դասարանի համար		Պասարան		Կապակցություն
Ազգանուն		Անուն			Դասարանի համար		Պասարան		Կապակցություն
Չինված ուժերին կապված ընտանիք: Ուղղակի գործող ընտանիքներին աջակցության համար խնդրում ենք պատասխանել վերոնշյալ հետևյալին		Ունե՞ք ընտանիքի անդամ գինեկոմ ուժերում (ներկա ծառայելիս, նախնալ գալոր, Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>			Ներկայումս ծառայության մեջ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ուղղակի Բաժնի: ներկա ծառայելիս, նախնալ գալոր, իրգով, վերոնշյալ, մտնացած				
Արտակարգ Բուժօգնության Թույլտվություն									
ես ներքոյ ստորագրող-Տնօրին/հնամակալն եմ անջափառապես _____ (Ուսանողի Անուն Ազգանուն)									
Մույնով լիազորված է այն տեղերը կամ նշանակված անձը, ում խնամքին է վստահվել ուսանողը, համաձայնություն տալ ռե՛ստգե՛ն հետազոտության, անզգայացող, բժշկական կամ վիրաբուժական այտուցողման, բուժման և (կամ) հիվանդանոցային բուժօգնության վերաբերյալ, որը ուսանողին կտրվի ցանկացածի խորհրդով: Լիցենզավորված բժշկ և (կամ) առանձնաբույժ: Հասկանալի է, որ այդ թույլտվությունը տրվում է նախքան անհրաժեշտ այտուցողումը, բուժումը կամ հիվանդանոցային բուժօգնությունը և Լոս Անջելեսի Միացյալ դպրոցների շրջանին («Շրջան») նախօրոք տրվում է լիազորություն և ուժ՝ որոշակի համաձայնություն տալու համար ցանկացած և բոլոր այդպիսի այտուցողումներին, բուժումներին, կամ հիվանդանոցային խնամք, որը լիցենզավորված բժշկը կամ առանձնաբույժը կարող է անհրաժեշտ համարել: Այս թույլտվությունը տրված է Կալիֆոռնիայի կրթության օրենսգրքի 49407-րդ բաժնի համաձայն և ուժի մեջ է մտնում մինչև զրոյվոր չեղարկ այլ հայտարարվի և համեմատի շրջանին: Ես համաձայն եմ, որ Շրջանը, նրա պաշտոնյաները ու աշխատակիցները որևէ պատասխանատվություն չեն կրում ուսանողի տեղափոխման հետ կապված: Ավելին, ես համաձայն եմ, որ պատանեղիկ տեղափոխման, հուսպիսույացման և ցանկացած թույլտվության, ռե՛ստգե՛նյան ճառագայթների կամ այս թույլտվության հետ կապված բուժման համար նախատեսված բոլոր ծախսերը իմ միակ պարտականությունն են, որպես ուսանողի ծնող / խնամակալ:									
Առողջապահական ազդանշաններ—Լճեր որևէ առողջապահական խնդիր որ սահմանափակելու է ուսանողին ֆիզիկական աշխատանքի, օրինակ այսօր, պերզահներ գետնանշի կամ մեղմի խայթոցի. Հակառակ պարագային այս տնախում գրեք «Ոչ մի առողջապահական խնդիր»									
Արդյո՞ք ուսանողը առողջապահական ապահովագրություն ունի		<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ*	<input type="checkbox"/> Անձնական ապահովագրություն	<input type="checkbox"/> Սեդի-Քալ	<input type="checkbox"/> Հելթի ֆանդիզ			
Սեդի-Քալի Հելթի ֆանդիզի համար									
1. Անձնական ապահովագրության անուն			Խմբի համար		2. Անձնական ապահովագրության անուն (եթե ունեք մեկից ավելի)			Խմբի համար	
Բժշկի Անուն/Բժշկական Գրասենեակ					Բժշկի հեռախոսի համար/ Բժշկական Գրասենեակ				

STUDENT LASTNAME

FIRST NAME

MIDDLE INITIAL

*Եթե Ձեր երեխան առողջապահական ապահովագրություն չունի, կարող եք զանգահարել 1(866)742-2273 տեղեկություններ ստանալու ձրի կամ գեղճված ծրագրերի մասին

Իմ երեխան պերզահ ունի հետևյալ դեղերին

Իմ երեխան ներկայիս օգտագործում է հետևյալ դեղերը

Հաստատում որ կարդացել և անտարաբործել եմ այս փաստաթերթիկը և թույլտվություն եմ տալիս շտապ բուժօգնության համար, նաև իմ գրած բոլոր տեղեկությունները ճշկրիտ և իրավացի են:

X _____ **Թվական**

Ստորագրություն: (Ո՞վ է ստորագրողը) Ծնող Օրինական խնամակալ (Լրացրեք ինձնակալի փաստաթուղթը)