

ទម្រង់បែបបទសម្រាប់មាតាបិតាផ្តល់ការអនុញ្ញាត និងដោះលែងឱ្យរួចពីកាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានរបស់សិស្សសាលា

សម្រាប់កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនៅបឋមសិក្សា និងអនុវិទ្យាល័យ **ASES / ELO-P / ឬ 21st Century** នៅក្នុងសង្កាត់សាលារៀនរដ្ឋកម្ពុជា

ខ្ញុំ/យើង/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យកូនខ្ញុំ/ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមរបស់សាលា _____ នៃឆ្នាំសិក្សា 2023-2024។

ឈ្មោះសាលារៀន៖ _____ លេខអាយឌីសិស្ស _____

ភាសានិយាយនៅផ្ទះ៖ _____

ឈ្មោះសិស្ស	ថ្នាក់ទី	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល (ជាអក្សរពុម្ព)	ហត្ថលេខា	ថ្ងៃខែឆ្នាំថ្ងៃនេះ
អាសយដ្ឋានផ្ទះ	ទីក្រុង	លេខហ្វ្រីបកូដ
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	លេខទូរស័ព្ទការងារ	លេខទូរស័ព្ទដៃ
		អ៊ីមែល

ទម្រង់បែបបទសុខភាពសិស្ស

តើកូនលោកអ្នកមានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ? _____ មាន _____ ពុំមានទេ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ លេខប័ណ្ណ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ ឈ្មោះអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កុមារ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

ព័ត៌មានសំរាប់ទាក់ទងក្នុងគ្រាមានសន្ត

ក្នុងគ្រាមានសន្ត សូមទាក់ទង៖

ឈ្មោះ	ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងកុមារ	លេខទូរស័ព្ទដៃ / ផ្ទះ / ការងារ	អ៊ីមែល
ឈ្មោះ	ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចនឹងកុមារ	លេខទូរស័ព្ទដៃ / ផ្ទះ / ការងារ	អ៊ីមែល

សិស្សដែលត្រូវបានរាប់ចំនួនតែមួយដង

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានបញ្ជាក់ប្រាប់ថា កូនរបស់ខ្ញុំស្ថិតនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌមួយ ឬច្រើនក្នុងលក្ខខណ្ឌត្រូវរាប់ចំនួនសិស្សតែមួយដងដូចខាងក្រោមនេះ។ ព័ត៌មានទាំងអស់គឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយភ្នាក់ងារខាងក្រៅឡើយ។

- អាហារដោយឥតគិតថ្លៃ បញ្ចុះថ្លៃ (FRPM)
- កូនចិញ្ចឹម
- ចំណាកស្រុក
- គ្មានផ្ទះសំបែង
- សិស្សអ្នករៀនភាសាអង់គ្លេស

 ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

សុខភាព

សូមគូស ប្រសិនបើកូនលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពណាមួយដូចខាងក្រោម ហើយត្រូវការការគ្រប់គ្រងក្រោយពេលចេញពីសាលារៀន៖

បញ្ហាសុខភាព	ថ្នាំពេទ្យ
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺអាឡែរស្ស៊ីធ្ងន់ធ្ងរទៅនឹង៖ _____	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានម្ជុលចាក់ថ្នាំ Epi-pen នៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺហឺត	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានប្រដាប់ស្រូបថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺប្រកាច់	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺកោសិកាឈាមក្រហមដែលធ្វើឱ្យខ្វះឈាម	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺក្រពេញបញ្ចេញសំណល់ពីខ្លួន (ប្រតិទិនពុកម្ដាយ)	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន
<input type="checkbox"/> ជម្ងឺផ្សេងៗទៀត៖ _____	<input type="checkbox"/> កូនសិស្សមានថ្នាំពេទ្យនៅឯសាលារៀន

ប្រវត្តិសុខភាពដែលអាចចាត់ទុកថាជារឿងសំខាន់៖ _____
 សូមចុះបញ្ជីប្រតិកម្មអាឡែរស្ស៊ីណាមួយដែលអាចមាន៖ _____
 ថ្នាំពេទ្យដែលត្រូវការនៅថ្ងៃរៀន៖ _____
 ថ្នាំពេទ្យដែលត្រូវការក្រោយពេលចេញពីសាលារៀន៖ _____
 ការសម្របសម្រួលពិសេស៖ _____

សេចក្តីណែនាំពិសេស

កូនសិស្សទាំងអស់ដែលមានរោគហឺត ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម និងជម្ងឺអាឡែរស្ស៊ីធ្ងន់ធ្ងរទៅនឹងធាតុផ្ទឹម្នីមួយនោះ ត្រូវមានថ្នាំពេទ្យសំរាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ធ្វើទុកជាមួយនឹងបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមក្នុងគ្រាមានការវាយប្រហារដោយរោគហឺត ក្នុងគ្រាមានកម្រិតជាតិស្ករខ្ពស់ ឬមានប្រតិកម្មអាឡែរស្ស៊ី ជាមួយនឹងគម្រោងគ្រប់គ្រងសុខភាព (គម្រោងសកម្មភាពជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម ជម្ងឺទាស់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬរោគហឺត) ដែលក្នុងនោះមានហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក និងវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជាក់។ កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនេះ ត្រូវការថ្នាំពេទ្យជាច្រើនដោយឡែកពីថ្នាំពេទ្យដែលលោកអ្នកបានផ្តល់ឱ្យក្នុងម៉ោងរៀនធម្មតាសំរាប់កូនលោកអ្នក។

សូមជួយជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាយិកា និង/ឬ ផ្នែកចំរើសវាសុខភាពប្រចាំសាលារៀនរបស់លោកអ្នកសំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត។

ការអនុញ្ញាតឱ្យព្យាបាលអនីតិជន (ជនដែលមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ)៖

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ផ្តល់ថ្នាំពេទ្យឱ្យកូនខ្ញុំដែលពួកគេអាចត្រូវការនៅក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ផ្តល់ជូន និង/ឬ រកការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលចាំបាច់ឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម។

ថ្ងៃខែឆ្នាំ៖ _____ ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល៖ _____

សូមសរសេរឈ្មោះអក្សរពុម្ព៖ _____

តើកូនរបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាភ្នែកទេ? _____

តើលោកអ្នកធ្លាប់បានគ្រប់គ្រងជំងឺរាងកាយប្រាប់ពីការដែលកូនលោកអ្នក មានការលំបាកមើលពុំសូវឃើញឬទេ? _____

តើកូនលោកអ្នកត្រូវពាក់វ៉ែនតាដែរឬទេ? _____

ការដោះលែងឱ្យរួចពីការទទួលខុសត្រូវ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់អំពីប្រភេទនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ហើយថាការចូលរួមនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្តទេ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថាសង្កាត់សាលារៀនអ្នកទ្វីនដ៍ មិនទទួលខុសត្រូវលើការបាត់បង់ ការខូចខាត ការមានជម្ងឺដង្កាត់ ឬការរងរបួសដល់មនុស្ស ឬការខូចខាតទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលកើតចេញពីការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ថាមានតែការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពរាងកាយ ឬអត្តពលកម្មណាមួយដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ ឬរៀបចំដោយកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនោះទេ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ តាមរយៈនេះ អនុញ្ញាត និងដោះលែងសង្កាត់សាលារៀនអ្នកទ្វីនដ៍ និងមន្ត្រី និយោជិក ភ្នាក់ងារ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តទាំងឡាយរបស់ខ្លួន បានរួចផុតពីការទាមទារសំណងណាមួយ និងសំណងទាំងអស់ ចំពោះការរងរបួស ជម្ងឺដង្កាត់ ការស្លាប់ ការបាត់បង់ ឬការខូចខាត ដែលកើតចេញពីសកម្មភាពសាធារណៈនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ថាមានតែការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពរាងកាយ ឬអត្តពលកម្មណាមួយដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ ឬរៀបចំដោយកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនោះទេ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

គោលនយោបាយស្តីពីការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថា កូនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានរំពឹងឱ្យចូលរួមពេញលេញក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមក្រោយពេលចេញពីសាលារៀនរំពេច៖

- ❖ សិស្សបឋមសិក្សា និងអនុវិទ្យាល័យ អាចចូលរួមបានក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមក្រោយពេលចេញពីសាលារៀនរំពេច ជាទៀងទាត់ថ្ងៃរហូតដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច បានសរុបដល់ទៅ 15 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សិស្សមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យចូលរួមពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលរួមរហូតដល់ម៉ោង 6 ល្ងាចនោះទេ។
- ❖ អាទិភាពចុះឈ្មោះចូលរួមបានមុនគេ នឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យសិស្សដែលត្រូវបានរាប់ចំនួនតែមួយដឹង (រួមទាំងសិស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬតាមការបញ្ជូនតម្លៃ (FRPM), សិស្សអ្នករៀនភាសាអង់គ្លេស (EL) ហើយយុវសិស្សដែលជាកូនចិញ្ចឹម ដែលបានស្រង់ពីប្រព័ន្ធនិរន្តរ៍សិស្សិយ ផលសិស្សតាមបណ្តោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CALPADS)។
- ❖ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថាការផ្តល់ជូនណាមួយទៅលើទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលណាម្នាក់យកកូនមកដាក់ និងមកទទួលយកចេញវិញនោះ ត្រូវតែធ្វើការទាក់ទងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រោយពេលចេញពីសាលារៀនរំពេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនសិន។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថាកូនរបស់ខ្ញុំ (ក្នុងថ្នាក់ទី 2 ឬខ្ពស់ជាងនេះ) ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមជាទៀងទាត់ថ្ងៃ ហើយមាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ឬមនុស្សពេញវ័យដែលមានការអនុញ្ញាតមកទទួលពួកគេនោះ ត្រូវចុះហត្ថលេខាទទួលយកពួកគេចេញពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមជាទៀងទាត់ថ្ងៃ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

គោលនយោបាយស្តីពីការដោះលែងសិស្ស / ការមកទទួលកូនចេញពីកម្មវិធី

ក្នុងនាមជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថា កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនឹងចាប់ផ្តើមភ្លាមៗនៅពេលសិស្សចេញពីម៉ោងរៀនធម្មតា ហើយនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ សិស្សនឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមឡើយ ទាល់តែមានមាតាបិតា ឬ អាណាព្យាបាល ឬមនុស្សណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោមនេះ ចូលមកស៊ើបអង្កេតឱ្យបានចេញពីកម្មវិធីនោះទើបអាចចេញបាន លើកលែងតែ មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល បានបំពេញទម្រង់បែបបទ Waiver of Pick Up Policy (គោលនយោបាយស្តីពីការលើកលែងឱ្យរួចពីតម្រូវការមកទទួលយកកូន ចេញពីសាលា)៖

 ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

នៅពេលដែល ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ពុំអាចមកទទួលកូនខ្ញុំទេនោះ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ដោះលែងកូនរបស់ខ្ញុំ ហើយប្រគល់ទៅ ឱ្យ៖

- | | |
|--|--|
| _____ | _____ |
| ឈ្មោះអ្នកមកទទួលកូនលោកអ្នក / ត្រូវជាអ្វីនឹងកូនអ្នកលោក | លេខទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទផ្ទះ / ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ / ទូរស័ព្ទដៃ |
| _____ | _____ |
| ឈ្មោះអ្នកមកទទួលកូនលោកអ្នក / ត្រូវជាអ្វីនឹងកូនអ្នកលោក | លេខទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទផ្ទះ / ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ / ទូរស័ព្ទដៃ |
| _____ | _____ |
| ឈ្មោះអ្នកមកទទួលកូនលោកអ្នក / ត្រូវជាអ្វីនឹងកូនអ្នកលោក | លេខទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទផ្ទះ / ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ / ទូរស័ព្ទដៃ |
| _____ | _____ |
| ឈ្មោះអ្នកមកទទួលកូនលោកអ្នក / ត្រូវជាអ្វីនឹងកូនអ្នកលោក | លេខទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទផ្ទះ / ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ / ទូរស័ព្ទដៃ |

សូមចងចាំ៖ សូមអញ្ជើញមកទទួលកូនលោកអ្នកឱ្យបានទាន់ពេលវេលានៅចុងម៉ោងបញ្ចប់កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមកំណត់។ ប្រសិនបើសិស្សរូបនេះ ពុំមាននរណាម្នាក់ មកទទួលនៅចុងម៉ោងនៃកម្មវិធីនោះ បុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ត្រូវបានច្បាប់តម្រូវឱ្យរាយការណ៍ប្រាប់ទីភ្នាក់ងារការពារកុមារ ឬមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់។

សូមចងចាំថា៖ ការមកទទួលកូនរបស់លោកអ្នកយើងម៉ោងបីដឹង នឹងបណ្តាលឱ្យមានការដកពួកគេចេញពីកម្មវិធី។

ការអនុញ្ញាតឱ្យវាយតម្លៃលើកម្មវិធី និងតាមដានការវិវឌ្ឍន៍របស់កូនសិស្ស

សំរាប់ឆ្នាំសិក្សា 2023-2024 ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យសង្កាត់សាលារៀនអ្នកឡានដី ផ្តល់ជូនបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនូវទិន្នន័យសិក្សា (ពិន្ទុតេស្ត ចំណុច រាយការណ៍ បញ្ជីវត្តមាន និងសូចនាករប្រតិបត្តិផ្សេងៗទៀត) ដើម្បីវាយតម្លៃរបស់កូនខ្ញុំ ហើយនឹងដាក់ទិន្នន័យរបស់កូនខ្ញុំចូលទៅក្នុងឃ្លាំងឯកសារទិន្នន័យ ដែល បានបង្កើតឡើងសំរាប់កម្មវិធីក្រោយពេលចេញពីសាលារៀនវិញសំរាប់តែគោលបំណងផ្តល់ជំនួយ និងកម្មវិធីបង្រៀនមុខវិជ្ជាសិក្សាត្រូវគោលដៅ និងសំរាប់ធ្វើ ការវាយតម្លៃលើប្រសិទ្ធភាពនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផ្តល់ជូនដល់ដៃនូវការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ធ្វើការត្រួត ពិនិត្យលើការវិវឌ្ឍន៍របស់កូនខ្ញុំ និងដើម្បីស្នើសុំឱ្យកូនខ្ញុំចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្តក្នុងការស្តង់ដារលើការវាយតម្លៃ ដើម្បីគោលបំណងធ្វើការកំណត់លើប្រសិទ្ធភាព នៃកម្មវិធី។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ថា ការយល់ព្រមបញ្ចេញព័ត៌មាន និងវាយតម្លៃលើកម្មវិធីនានានោះ គឺពុំមែនជាការតម្រូវឱ្យចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនោះ ទេ ហើយថា ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចដកពាក្យយល់ព្រមនេះចេញវិញក្នុងពេលណាមួយក៏បាន តាមការផ្តល់ដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍ទៅកាន់កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម ព្រមទាំងការិយាល័យនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមរបស់សង្កាត់សាលារៀនអ្នកឡានដី។

 ហត្ថលេខានៃ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ការអនុញ្ញាតឱ្យថតរូប និង/ឬ វីដេអូ

នៅក្នុងរយៈពេលកូនខ្ញុំចូលរួមកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនោះ ពួកគេអាចចូលរួមក្នុងសកម្មភាពមួយដែលនឹងត្រូវបានគេថតរូប ឬថតវីដេអូ ហើយថតរូបថត ឬរូប ភ្នំវីដេអូទាំងនេះ អាចត្រូវបានគេប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងធ្វើការផ្សព្វផ្សាយនានា។

កូនខ្ញុំ _____ អាច (may) ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនេះ ថតរូប ឬថតវីដេអូបាន សំរាប់គោលបំណងធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ។
 កូនខ្ញុំ _____ មិនអាច (may not) ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនេះ ថតរូប ឬថតវីដេអូ សំរាប់គោលបំណងធ្វើការផ្សព្វផ្សាយនោះទេ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យសង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍ ឬភាគីទីបីណាមួយដែលខ្លួនបានយល់ព្រមជាផ្លូវការនោះ អាចថតរូប ឬថតវីដេអូកូនរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងរយៈពេលចូលរួមក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម និងកាត់ត ឬប្រើប្រាស់រូបថត ឬវីដេអូណាមួយ ទៅតាមចំណង់ចិត្តរបស់សង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ព្រមទាំងកូនរបស់ខ្ញុំ ពុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬមានចំណាប់អារម្មណ៍ ដែលកើតចេញពីការថតរូបថតសម្លេង រួមទាំងចំណាប់អារម្មណ៍ដែលទទួលបានផលកម្រៃសេដ្ឋកិច្ចផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ព្រម អនុញ្ញាត និងដោះលែងសង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍ និងភាគីទីបីណាមួយផងដែរ ដែលខ្លួនបានយល់ព្រមជាផ្លូវការនោះ បានរួចពីការទាមទារសំណង ការខូចខាត និងការទទួលខុសត្រូវទាំងអស់ដែលបានកើតចេញ ឬដែលបានប្រើប្រាស់រូបថតឬសម្លេងដែលបានថតទុក។

 ហត្ថលេខានៃ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/អ្នកថែទាំ ថ្ងៃខែឆ្នាំ

កំណត់សំគាល់ពិសេសទាក់ទងនឹងថ្លៃសេវាកម្មវិធី

កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមនានា អាចគិតថ្លៃតាមខ្នាតរំកិលតាមប្រាក់ចំណូល ដើម្បីបម្រើសិស្សឱ្យបានកាន់តែច្រើននាក់ និងផ្តល់សេវាកម្មបន្ថែមទៀត។ កម្មវិធីដែលគិតថ្លៃពីក្រុមគ្រួសារ និងត្រូវបានលើកលែងឱ្យរួចពីតម្រូវការរបងថ្លៃទាំងនេះចំពោះសិស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអាហារដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតាមការបញ្ជូនតម្លៃ។ កម្មវិធីមិនអាចគិតថ្លៃសេវាទេ ប្រសិនបើសិស្សមានរូបនោះជាយុវសិស្សគ្មានផ្ទះសម្បែង ដូចជាកំណត់ដោយច្បាប់ជួយជនគ្មានផ្ទះសម្បែង McKinney-Vento ថ្នាក់សហព័ន្ធ (42 USC Sec.1143a), ជាសិស្សចំណូលថ្មី (ជនភៀសខ្លួន, ជនស្នើសុំសិទ្ធិជ្រកកោន និងអនិតិជនដែលពុំមានសាច់ញាតិ) ឬប្រសិនបើមានរូបនោះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកូនចិញ្ចឹម។ គ្មានសិស្សណាម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ និងត្រូវបានបដិសេធមិនឱ្យចុះឈ្មោះចូលរួម ដោយសារតែក្រុមគ្រួសារគ្មានលទ្ធភាពបង់ថ្លៃកម្មវិធីនោះទេ។

បែបបទសុំច្បាប់ចេញពីកម្មវិធីមុនម៉ោងកំណត់ (សិទ្ធិជ្រើសរើស)

សិស្សសាលាបឋមសិក្សា និងអនុវិទ្យាល័យ

ផ្អែកលើគោលនយោបាយស្តីពីការដោះលែងសិស្សឱ្យចេញមុនម៉ោងរបស់សង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍នោះ ក្រុមគ្រួសារទាំងឡាយអាចសុំច្បាប់ឱ្យកូនរបស់ពួកគេចេញមុនម៉ោងកំណត់ពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមបាន សម្រាប់ហេតុផលណាមួយដូចតទៅនេះ៖

- កម្មវិធីដែលប្រព្រឹត្តទៅក្នុងពេលស្របគ្នា
- ភាពអាសន្នក្នុងក្រុមគ្រួសារ
- ស្ថានភាពផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងក្រុមគ្រួសារ
- ការណាត់ជួបពេទ្យ
- បញ្ហាឃានជំនិះ
- បញ្ហាសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍
- គ្រោះថ្នាក់ដល់កុមារ
- ការបញ្ចប់វគ្គដែលបានគ្រោងទុក
- ស្ថានភាពផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាមានលក្ខណៈសមស្រប

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ស្នើសុំច្បាប់ឱ្យកូនខ្ញុំ _____ ចេញមុនម៉ោងកំណត់ពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម នៅម៉ោង _____ ល្ងាច។ (សូមគូសបញ្ជាក់ហេតុផល)

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ព្រួយបារម្ភណ៍អំពីសុវត្ថិភាពរបស់កូនខ្ញុំ ក្នុងកាលវិលត្រឡប់មកផ្ទះវិញតែម្នាក់ឯងនាពេលយប់។
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ពុំអាចមកទទួលកូនរបស់ខ្ញុំក្រោយពីម៉ោងនេះបានទេ។
- ហេតុផលផ្សេងៗទៀត៖ _____

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ តាមរយៈនេះ អនុញ្ញាត និងដោះលែងសង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍ និងមន្ត្រី និយោជិក ភ្នាក់ងារ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់ខ្លួន រួចពីការទាមទារសំណងទាំងអស់ ចំពោះការរងរបួស ជម្ងឺឱង្កាត់ ការស្លាប់ ការបាត់បង់ ឬខូចខាត ដែលកើតចេញពីការដោះលែងឱ្យកូនខ្ញុំចេញមុនម៉ោងកំណត់ពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមរបស់កូនខ្ញុំ។

 ហត្ថលេខានៃ មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ

បែបបទសុំការលើកលែងឱ្យរួចពីគោលនយោបាយស្តីពីការមកទទួលយកកូនចេញពីកម្មវិធី និងការអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីកម្មវិធីដោយគ្មានការត្រួតត្រាមើលខុសត្រូវ (សិទ្ធិជ្រើសរើស)

សំរាប់តែកូនសិស្សអាយុ 12 ឆ្នាំឡើងទៅ

ឈ្មោះសាលារៀន៖ _____

ឈ្មោះកម្មវិធី៖ _____

ឈ្មោះសិស្ស៖ _____

ថ្នាក់ទី៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកើតរបស់សិស្ស៖ _____

ប្រសិនបើ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មកពុំទាន់ម៉ោងកូនសិស្សត្រូវចាកចេញពីកម្មវិធី ឬប្រសិនបើខ្ញុំ ពុំអាចមកទទួលកូនខ្ញុំបាន នៅចុងម៉ោងកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមទេនោះ៖

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែម អាចអនុញ្ញាតឱ្យកូនខ្ញុំចាកចេញពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមដោយគ្មានការត្រួតត្រាមើលខុសត្រូវ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ តាមរយៈនេះ អនុញ្ញាត និងដោះលែងសង្កាត់សាលារៀនអូកឡិនដ៍ និងមន្ត្រី និយោជិក ភ្នាក់ងារ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់ខ្លួន រួចពីការទាមទារសំណងទាំងអស់ ចំពោះការរងរបួស ជម្ងឺដង្ហាត់ ការស្លាប់ ការបាត់បង់ ឬខូចខាតដែលជាលទ្ធផលនៃការដោះលែងឱ្យកូនខ្ញុំចាកចេញពីកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមដោយគ្មានការត្រួតត្រាមើលខុសត្រូវ ប្រសិនបើខ្ញុំមកមិនទាន់ម៉ោងដោះលែងកូនសិស្ស ឬខ្ញុំពុំអាចមកទទួលកូនខ្ញុំនៅចុងម៉ោងនៃកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមបាន។

ហត្ថលេខានៃ មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

កម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមសម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា 2023-2024

សូមបញ្ជូនទម្រង់បែបបទបំពេញនេះទៅឱ្យកម្មវិធីរៀនសូត្របន្ថែមវិញ្ញាណាម។ សូមអរគុណ!