

CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

Vui lòng điền vào mẫu đơn dưới đây sau khi xem xét cẩn thận các chính sách và quy trình quản lý các dịch vụ y tế dành cho học sinh, sau đó ký vào đơn đồng ý được yêu cầu có trong tài liệu này. Điều này là bắt buộc để quý vị (nếu quý vị là học sinh từ 18 tuổi trở lên) hoặc con quý vị tham gia các dịch vụ y tế học đường được cung cấp cho học sinh Trường Công Lập DC (DCPS). Vui lòng gửi tài liệu đã hoàn thành cho cơ quan đăng ký trường học của con quý vị.

Thông Tin Cá Nhân của Học Sinh Do phụ huynh/người giám hộ/học sinh (nếu từ 18 tuổi trở lên) hoàn thành.				
Họ của Học Sinh:		Tên của Học Sinh:		Ngày Sinh:
Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ:				
Địa Chỉ Nhà:	Căn Hộ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
Dân Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không phải Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
Chủng Tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/ Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời				
Thông Tin Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ				
Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 1:		Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ 2:		
Điện Thoại:	Email:	Điện Thoại:	Email:	
Mối Quan Hệ với Học Sinh:		Mối Quan Hệ với Học Sinh:		
Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:		Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:		
Tên Liên Hệ Khẩn Cấp, Mối Quan Hệ với Học Sinh:		Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:		
Thông Tin Bảo Hiểm				
Loại Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tư Nhân <input type="checkbox"/> Không Có		Tên/Số ID Bảo Hiểm:		
		Chương Trình Bảo Hiểm:		
Nếu con quý vị không có bảo hiểm y tế, quý vị có muốn được người quản lý hồ sơ lâm sàng liên hệ để được hỗ trợ về việc nhận bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				
Tổ Chức & Địa Chỉ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				
Số Điện Thoại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính:				

CÁC CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

- Học sinh của Học Khu Công Lập DC có thể nhận được sự chăm sóc từ y tá của trường, nhân viên phòng y tế trường học hoặc nhân viên nhà trường được đào tạo theo luật và quy định của DC (District) và các chính sách và thủ tục của Chương Trình Dịch Vụ Y Tế Trường Học của Sở Y Tế (DC Health) của DC (SHSP).
- Tôi hiểu để tham gia SHSP, tôi phải đồng ý cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của học sinh gửi thông tin sức khỏe bản điện tử của con tôi bao gồm, nhưng không chỉ gồm thông tin trong Giấy Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát, đến trường của con tôi. Thông tin liên quan đến dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho con tôi tại trường của con tôi có thể được chia sẻ với các cơ quan khác của DC nhằm mục đích điều phối việc chăm sóc con tôi và để thu thập dữ liệu trên toàn DC, ví dụ như để theo dõi bệnh hen suyễn hoặc các xu hướng y tế khác trong DC.
- Thông tin y tế của con tôi sẽ luôn được lưu trữ và chuyển giao theo luật pháp và quy định của DC và liên bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm Đạo Luật Quyền Riêng Tư và Quyền Giáo Dục Gia Đình năm 1974 (FERPA), Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA) , đạo luật Công Nghệ Thông Tin Sức Khỏe cho Sự Lành Mạnh về Kinh Tế và Lâm Sàng (HITECH) và D.C. Luật 18-273, Đạo Luật Sửa Đổi Điều Phối Thông Tin và Chia Sẻ Dữ Liệu năm 2010 (Bộ Luật Chính Thức D.C. § 7-241 et seq.)
- Học sinh từ mười tám (18) tuổi trở lên, hoặc trẻ vị thành niên tự lập, theo định nghĩa của Bộ Luật Chính Thức D.C. sec. 7-1231.02 (10) có thể tự điền vào mẫu đơn này và đồng ý về mặt pháp lý đối với bất kỳ dịch vụ y tế nào của trường.
- Theo Quy Định về Sự Đồng Ý Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Vị Thành Niên (22-B DCMR 600.7), đối với trẻ vị thành niên có thể đồng ý về mặt pháp lý đối với việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị (1) mang thai hoặc việc chấm dứt hợp pháp; (2) lạm dụng chất kích thích, bao gồm lạm dụng ma túy và rượu; (3) tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc cảm xúc, hoặc (4) bệnh lây truyền qua đường tình dục. Ngoài ra, không cần sự đồng ý của cha mẹ đối với việc áp dụng phương pháp điều trị sơ cứu khẩn cấp hoặc cung cấp các dịch vụ khi sức khỏe của học sinh gặp nguy hiểm.

CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý

- Tôi, bằng văn bản này, đồng ý cho nhân viên của phòng y tế trường học hoặc trường học của con tôi cung cấp kiểm tra sàng lọc thính giác và thị lực nếu con tôi chưa nhận được kiểm tra lần nào trong năm vừa qua theo Giấy Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát mà chúng đã nộp.
- Tôi, bằng văn bản này đồng ý cho trường học hoặc nhân viên phòng y tế trường học quản lý thuốc kê toa và/hoặc điều trị cho con tôi theo chỉ dẫn của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép của con tôi, theo Bộ Luật Chính Thức D.C § 38-651 và trong các trường hợp khẩn cấp, theo Bộ Luật Chính Thức D.C § 38-656.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi chịu trách nhiệm nộp các mẫu đơn y tế học đường bao gồm nhưng không chỉ gồm: Kế Hoạch Điều Trị Bằng Thuốc và Thủ Tục Y Tế, Kế Hoạch Hành Động Chống Hen Suyễn, Kế Hoạch Hành Động Chống Sốc Phản Vệ, Mẫu Đơn Điều Chính Chế Độ Ăn Uống hoặc mẫu đơn y tế học đường được chấp nhận khác do nhà cung cấp dịch vụ y tế của con tôi ký gửi cho trường của con tôi nếu con tôi cần chăm sóc y tế hoặc thuốc đặc biệt. Tôi chịu trách nhiệm gửi mẫu đơn y tế học đường cập nhật hàng năm cho con tôi.
- Tôi chịu trách nhiệm mang bất kỳ loại thuốc hoặc vật tư y tế cần thiết nào được liệt kê trong mẫu đơn y tế hoàn chỉnh của trường học, trong bao bì gốc, cho y tá của trường. Tất cả thuốc hoặc vật tư y tế sẽ được cất giữ trong khu vực an toàn của trường.
- Tôi chịu trách nhiệm thu gom tất cả các loại thuốc đã hết hạn lưu giữ ở trường trong vòng một tuần kể từ ngày hết hạn và trong vòng một tuần sau khi kết thúc năm học. Tôi hiểu rằng thuốc không được thu gom sẽ bị tiêu hủy. Nhân viên phòng y tế không chịu bất kỳ trách nhiệm nào đối với việc mất thuốc hoặc vật tư y tế có thể xảy ra.
- Tôi có trách nhiệm thông báo ngay cho nhà trường nếu có bất kỳ thay đổi nào xảy ra trong Kế Hoạch Điều Trị Thủ Tục Giáo Dục và Y Tế và cung cấp tất cả các mẫu đơn y tế học đường được cập nhật cho nhà trường. Có thể liên hệ với nhân viên của phòng y tế bằng cách gọi trực tiếp cho phòng y tế hoặc gọi số điện thoại chính của trường.
- Tôi hiểu rằng trường học hoặc nhân viên y tế trường học sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào đối với việc tự dùng thuốc hoặc điều trị không được cấp phép của con tôi. Con tôi chỉ có thể tự điều trị hoặc tự dùng thuốc điều trị bệnh hen suyễn, sốc phản vệ hoặc tiểu đường nếu chúng được chấp thuận cho tự dùng thuốc theo chỉ dẫn của nhà cung cấp dịch vụ y tế được cấp phép và phù hợp với mẫu đơn y tế hoàn chỉnh của trường.
- Tôi xác nhận và đồng ý rằng, như được quy định trong Bộ Luật Chính Thức của D.C. mục 38-651.11, DC, trường học, nhân viên và đại diện, (nhân viên y tế của trường) hoặc bác sĩ hành nghề, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề cao cấp ban hành luật có hiệu lực, sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với bất kỳ hành vi hoặc thiếu sót nào liên quan đến hoặc phát sinh từ việc thực hiện một cách thiện chí của họ đối với trách nhiệm theo Bộ Luật Chính Thức của D.C mục 38-651.01 và các mục tiếp theo, ngoại trừ các hành vi phạm tội, cố ý làm trái, hành vi bất cẩn hoặc hành vi sai trái cố ý. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành và nộp mẫu này trước khi học sinh có thể nhận được các dịch vụ sức khỏe.

Tên Học Sinh (in hoa) _____ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên _____ Ngày _____

phiên bản 02.14.2023 3



CHẤP THUẬN CHIA SẺ HỒ SƠ GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

Đạo Luật Quyền Riêng Tư Và Quyền Giáo Dục Gia Đình (FERPA) là luật liên bang bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ giáo dục của học sinh. Mục đích của bản chấp thuận này là để cho phép các nhân viên chủ chốt của trường (*chẳng hạn như hiệu trưởng, y tá của trường, người quản lý hồ sơ y tá, Điều Phối Viên 504 và nhân viên Giáo Dục Đặc Biệt*) làm việc với con quý vị để chia sẻ các hồ sơ giáo dục liên quan đến sức khỏe với các cơ quan liên quan đến sức khỏe bên ngoài và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả các trung tâm y tế tại trường học (*nếu có một trung tâm y tế nằm trong trường của quý vị*). Các nhân viên và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này sau đó sẽ có thể phối hợp tốt hơn để phục vụ các dịch vụ liên quan đến sức khỏe cho con quý vị. Các dịch vụ y tế phối hợp sẽ đảm bảo tốt hơn rằng các nhu cầu về sức khỏe của con quý vị được đáp ứng và con quý vị có thể tham gia đầy đủ vào môi trường học tập của trường học. Xin lưu ý rằng học sinh có thể cần hỗ trợ bổ sung do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ định hoặc được chỉ định trong chương trình giáo dục cá nhân (IEP) hoặc Kế Hoạch Mục 504 (kế hoạch được phát triển theo Mục 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 để cung cấp thêm hỗ trợ đặc biệt hoặc dịch vụ cho học sinh bị suy giảm sức khỏe thể chất hoặc tinh thần); một số dịch vụ này có thể không được y tá của trường học cung cấp hoặc không có sẵn trong phòng y tế của trường. **NEU QUÝ VỊ ĐỒNG Ý VỚI BẢN CHẤP THUẬN NÀY, VUI LÒNG ĐIỀN, KÝ TÊN VÀ GỬI LẠI CHO NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH ĐĂNG KÝ TẠI TRƯỜNG HỌC CỦA CON QUÝ VỊ.**

(Tên của Học Sinh/Trẻ)	(Tên Trường Học)
(Ngày Sinh)	(ID Học Sinh, nếu biết)
(Lớp)	(ID Học Sinh, nếu biết)

1. Tôi cho phép cho các Trường Công Lập của DC chia sẻ hồ sơ giáo dục về con tôi được nêu trong Phần 3 dưới đây với mỗi cơ quan và tổ chức sau:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| *Sở Y Tế DC, | *Sở Dịch Vụ Nhân Sinh DC, |
| *Sở Sức Khỏe Tâm Thần DC, | *(Các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị, và |
| *Sở Tài Chính Chăm Sóc Sức Khỏe DC, | *Các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác cung cấp dịch vụ trong trường học |

2. Tôi hiểu rằng thông tin này CHỈ có thể được sử dụng cho các mục đích sau:

- * Lập kế hoạch và cung cấp các dịch vụ phối hợp liên quan đến giáo dục và sức khỏe, và
- * Đánh giá các chương trình phục vụ con tôi và các dịch vụ được cung cấp cho con tôi.

3. Tôi cho phép sử dụng/tiết lộ mỗi hồ sơ sau:

- | | |
|------------------------------|--|
| * Hồ sơ của y tá của trường, | * Điểm, kết quả quan sát và thông tin giáo dục khác có trong hồ sơ học sinh, |
| * Hồ sơ IFSP/IEP, | * Các yêu cầu Thuốc hiện tại (do y tá của trường lưu giữ), |
| * Kế hoạch 504, | * Báo cáo y tế về mắt, |
| * Lịch học, | * Báo cáo đánh giá thính giác, và |
| * Hồ sơ đi học chuyên cần, | * Kế hoạch chăm sóc điều dưỡng (như một phần của IEP hoặc Kế Hoạch 504) |
| * Hồ Sơ Sức Khỏe Hành Vi | |

4. Tôi hiểu rằng:

- * Sự cho phép này là tự nguyện và con tôi sẽ không bị từ chối phục vụ các dịch vụ giáo dục nếu tôi chọn không ký, và;
- * Tôi có quyền yêu cầu một bản sao của mẫu chấp thuận này sau khi tôi ký tên và xem hoặc sao chép bất kỳ thông tin nào được tiết lộ theo bản chấp thuận này.

5. Tôi đồng ý với việc sử dụng/tiết lộ thông tin ở trên. Tôi hiểu rằng thông tin này không thể được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào ngoài những mục đích đã nêu ở trên trong Phần 2. Sự chấp thuận này có thể bị tôi thu hồi bằng văn bản bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sự cho phép này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện trước khi nhận được thông tin thu hồi hoặc các hành động được thực hiện dựa trên thông tin đã chia sẻ trước đó.

(Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ/học sinh trên 18 tuổi)

(Mối quan hệ với học sinh)

(Ngày)



ĐƠN ĐỒNG Ý CHIA SẺ HỒ SƠ ĐI HỌC CHUYÊN CẦN CỦA HỌC SINH VỚI CÁC NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ

Dự Án Hợp Tác về Nguồn Trợ Giúp Đi Học Chuyên Cần trong Giáo Dục và Sức Khỏe (CARE-H) là sự hợp tác giữa các Trường Công lập DC (DCPS) và các nhà cung cấp dịch vụ y tế địa phương dành cho những học sinh đang theo học tại DCPS và hiện là bệnh nhân của Bệnh Viện Nhi Đồng Quốc Gia. Dự án CARE-H nhằm mục đích hỗ trợ sức khỏe của học sinh và giảm tình trạng nghỉ học, bởi vì những học sinh khỏe mạnh sẽ có thể đến trường và học tập tốt hơn. Để dự án CARE-H hoạt động, các trường DCPS phải cung cấp thông tin về việc đi học chuyên cần của con tôi cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của con tôi.

Bằng việc ký vào đơn đồng ý này, quý vị cho phép DCPS chia sẻ thông tin điểm danh một cách an toàn với (các) bác sĩ, (các) y tá và nhân viên văn phòng y tế của con quý vị. Thông tin này sẽ giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe này cung cấp dịch vụ tiếp cận và chăm sóc y tế đặc biệt cho học sinh và gia đình của họ khi cần. Điều này cũng sẽ cho phép DCPS làm việc với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe này để giữ cho con tôi khỏe mạnh và thành công ở trường.

Tôi biết và hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội xem xét các hồ sơ và quyền phản đối nội dung của các hồ sơ đó.

Sự cho phép này sẽ tiếp tục cho đến khi con tôi ghi danh tại DCPS, trừ khi tôi rút lại sự đồng ý của mình bằng văn bản. Tôi có thể rút lại đơn đồng ý của mình bất cứ lúc nào. LƯU Ý: Nếu DCPS muốn chia sẻ hoặc thảo luận về các phần khác trong hồ sơ học tập của con tôi với nhóm y tế của con tôi, tôi sẽ được yêu cầu cung cấp đơn đồng ý riêng.

Tên Học Sinh (in hoa) _____ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên _____ Ngày _____

ĐIỀU KIỆN VÀ ĐIỀU KHOẢN CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỪ XA CỦA DỊCH VỤ SỨC KHỎE HỌC ĐƯỜNG

Chương Trình Chăm Sóc Sức khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường cho phép học sinh được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế thăm khám từ xa tại trường của các em. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi hiểu, thừa nhận và đồng ý rằng:

- Con tôi sẽ tham gia vào các cuộc hẹn được thực hiện bằng video (họp trực tuyến qua video) hoặc cuộc gọi điện thoại (hội nghị qua điện thoại) với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, như nhà cung cấp sức khỏe hành vi có thể ở một địa điểm ngoài trường học. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể xác định rằng một buổi khám theo dõi trực tiếp hoặc các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu là bắt buộc.
- Ngoài nhà cung cấp và nhóm chăm sóc sức khỏe của con tôi, những cá nhân vận hành thiết bị video và được đào tạo để duy trì tính bảo mật của tất cả thông tin thu được cũng có thể có mặt. Học sinh có quyền yêu cầu: (1) bỏ qua các chi tiết cụ thể về tiền sử bệnh/khám sức khỏe của các em ; (2) yêu cầu các cá nhân không phải là nhân viên y tế rời khỏi phòng khám; hoặc (3) việc thăm khám được chấm dứt bất cứ lúc nào.
- Tôi có quyền từ chối một cuộc hẹn khám sức khỏe từ xa cho con tôi.
- Tôi cho phép nhà cung cấp hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe của họ tiết lộ bất kỳ và tất cả thông tin cho chương trình bảo hiểm y tế của con tôi hoặc bất kỳ đại diện nào khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán các hóa đơn y tế liên quan đến cuộc thăm khám. Tôi cũng ủy quyền cho Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Dịch Vụ Y Tế Học Đường tiết lộ thông tin y tế cụ thể cho các viên chức trường học và DC Health, vì luật pháp hoặc quy định yêu cầu hoặc vì điều đó là cần thiết để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của con tôi.
- Bảo hiểm của tôi có thể được lập hóa đơn cho các dịch vụ Thăm Khám Từ Xa. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm và chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản đồng thanh toán bổ sung hoặc khoản phí nào phát sinh từ dịch vụ này. Những người ghi danh vào bất kỳ Tổ Chức Chăm Sóc có Quản Lý nào của DC Medicaid sẽ không nhận được hóa đơn đối với bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Tất cả các chi phí đi kèm với chương trình này đều theo ý muốn của công ty bảo hiểm. Bất kỳ khoản đồng thanh toán nào là bắt buộc đối với các chuyến thăm khám chăm sóc chính có thể áp dụng cho dịch vụ này. Tôi hiểu rằng bất kỳ khoản tiền hoặc quyền lợi nào để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa đều sẽ được chỉ định và chuyển cho nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm cả quyền lợi/khoản tiền từ chương trình bảo hiểm y tế của tôi, Medicaid hoặc các bên thứ ba khác, những người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc y tế của con tôi. Tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin cần thiết (bao gồm nhưng không chỉ gồm hồ sơ y tế, bản sao của các yêu cầu thanh toán và các hóa đơn được chia thành từng khoản) để xác minh việc thanh toán và khi cần cho các mục đích về sức khỏe cộng đồng khác.
- Nếu tôi không hài lòng với các dịch vụ được cung cấp bất kỳ lúc nào, tôi có thể gửi khiếu nại với nhóm Thanh Tra qua điện thoại: (202) 724-7491 hoặc qua email: healthcareombudsman@dc.gov. Cổng Thông Tin Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Học Đường tại: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.

- Mẫu đơn đồng ý này sẽ có hiệu lực trong suốt thời gian học sinh ghi danh vào trường học. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách đưa cho nhân viên bộ phận y tế một lá thư có chữ ký và ghi ngày tháng để rút lại sự đồng ý của tôi.

Tên Học Sinh (in hoa) _____ Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (in hoa) _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh nếu từ 18 tuổi trở lên _____ Ngày _____

phiên bản 02.14.2023 7