



PHỤ LỤC 7903.11A

Ủy Quyền Thay Mặt Phụ Huynh Chăm Sóc Y Tế Cho Học Sinh/Thiếu Niên Tham Gia Sinh Hoạt Dã Ngoại Được Học Khu Chuẩn Thuận

Tôi đồng ý cho phép con em, học sinh _____, sinh ngày _____,
(Họ tên học sinh) (ngày tháng năm sinh)
tham dự sinh hoạt _____ và sẽ đi bằng _____.
(Nêu rõ chuyến đi dã ngoại) (Xe trường, xe nhà, tự đi)

Theo mục 35330, Luật Giáo Dục Tiểu Bang California, tôi hiểu rằng tôi sẽ không quy trách nhiệm hay khiếu kiện Khu Học Chánh Trung Học Anaheim, các viên chức, nhân viên và cộng tác viên (agent) của Học Khu, về những việc bắt nguồn từ hay liên quan đến việc tham gia buổi dã ngoại này của con em.

Tôi hoàn toàn hiểu rằng Khu Học Chánh Trung học Anaheim không mua hoặc không có, bảo hiểm y tế/nha khoa/bệnh viện để chi trả cho thương tích hay sinh mạng của học sinh, hoặc để bồi thường cho phụ huynh/người giám hộ các chi phí liên quan và bảo hiểm đó, nếu cần, phải do phụ huynh/người giám hộ tự mua.

Tôi cũng hoàn toàn hiểu rằng tất cả thành viên tham gia đều phải tuân theo mọi điều luật và quy định của chuyến đi. Bất cứ sự vi phạm luật lệ hay quy định nào cũng có thể dẫn đến việc cá nhân bị trả về gia đình và cha mẹ/người giám hộ phải chi trả hết mọi phí tổn.

Học sinh nào cần dùng thuốc men khi tham gia sinh hoạt ngoài trường phải nộp kèm Phụ lục 7903.11B, đơn phụ huynh yêu cầu theo dõi việc dùng thuốc kê toa và thuốc không cần toa. Phụ huynh hãy liên lạc với phòng Y tế trước chuyến đi để sắp xếp việc dùng thuốc men của học sinh và nộp giấy phép con em tham gia hoạt động dã ngoại.

Thuốc men điều trị (đánh chéo vào một mục): _____ Con tôi hiện không dùng bất cứ loại thuốc nào.
_____ Con tôi sẽ dùng thuốc kê toa hay thuốc không cần toa khi tham gia buổi du khảo. Có đính kèm phụ Lục 7903.11B.
_____ Mẫu lược khai tình trạng sức khỏe (đính kèm).

Trong trường hợp bị bệnh hay thương tật, tôi đồng ý cho phép thực hiện bất kỳ biện pháp chuẩn đoán hay chữa trị nào như chụp quang tuyến X, khám bệnh, gây mê, thuốc men, phẫu thuật, hay khám nha khoa, chữa trị và nhập viện mà được coi là cần thiết theo sự chuẩn định tốt nhất của bác sĩ trực, bác sĩ phẫu thuật, hay nha sĩ và được thực hiện bởi hay dưới sự giám sát của nhân viên bệnh viện, cơ sở y khoa hay nha khoa.

Trong trường hợp khẩn cấp, nếu không liên lạc được với tôi, vui lòng thông báo cho:

Họ tên: _____ Bác sĩ (của học sinh): _____
Điện thoại: _____ Điện thoại BS: _____
Chữ ký phụ huynh/giám hộ: _____ Bảo hiểm y tế: _____
Điện thoại: _____ Số bảo hiểm: _____