*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 ទូរសព្ទ៖ (781) 338-3000 TTY: N.E.T. Relay 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley*ស្នងការ* |  |
| --- | --- |

**ការបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យអំពីតម្រូវការសម្រាប់ការអប់រំបណ្តោះអាសន្ននៅតាមគេហដ្ឋាន ឬមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ហេតុផលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ**

បទប្បញ្ញត្តិនាយកដ្ឋានបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សានៃរដ្ឋ Massachusetts លេខ 603 CMR 28.03(3)(c) ចែងថា៖

នៅពេលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់គ្រូពេទ្យដែលបញ្ជាក់ថាសិស្សណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលារដ្ឋ…**ត្រូវបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរពេទ្យមួយថ្ងៃ ឬមួយយប់** ឬក៏​ទាំង​ពីរសម្រាប់ហេតុផលវេជ្ជសាស្រ្ត និងសម្រាប់រយៈពេលមិនលើសពីដប់​បួនថ្ងៃ​នៃថ្ងៃសិក្សាក្នុងឆ្នាំសិក្សាណាមួយ សិស្សមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា​កម្មអប់រំ​នៅក្នុងកន្លែងនោះជាបណ្តោះអាសន្នពីមណ្ឌលសាលារដ្ឋ…

**គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញ ហើយព័ត៌មានចាំបាច់ទាំងអស់ដែល​ត្រូវ​បានផ្តល់ជូនដើម្បីឱ្យទម្រង់បែបបទនេះក្លាយជាលិខិតអនុញ្ញាតមានសុពលភាពសម្រាប់សេវាកម្ម។**

**ប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនេះទៅមណ្ឌលសាលារបស់អ្នកវិញ**

**ព័ត៌មានអំពីសិស្ស៖**

ឈ្មោះសិស្ស៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ឈ្មោះមណ្ឌលសាលា៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានអំពីគ្រូពេទ្យ៖**

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ទូរសព្ទលេខ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ប្រភេទអ្នកអនុញ្ញាត (នាយកវេជ្ជសាស្រ្ត ឬគិលានុបដ្ឋាក)៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាជ្ញាប័ណ្ណលេខ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាជាការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តដែលសិស្សដែលមានឈ្មោះ​ខាងលើត្រូវតែបន្តនៅថ្ងៃមួយ ឬមួយយប់៖

□ នៅផ្ទះ ឬ □ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ □ ទាំងពីរ

សម្រាប់រយៈពេល៖

□ យ៉ាងហោចណាស់ 14 ថ្ងៃ ឬ □ តាមមូល​ដ្ឋាន​ដែល​កើតឡើងដដែលៗដែលនឹងកើន យ៉ាងហោចណាស់រហូតដល់ 14 ថ្ងៃ​ក្នុងរយៈពេលឆ្នាំសិក្សា​បច្ចុប្បន្ន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត និងហេតុ​ផលផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត សិស្សត្រូវបានបង្ខាំងទុកនៅផ្ទះ មន្ទីរពេទ្យ ឬមិនអាច​ចូលរៀនបានដោយសារហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ៖

កាលបរិច្ឆេទដែលសិស្សត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬចាប់ផ្តើម​បង្ខាំង​នៅផ្ទះ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ប្រសិនបើសិស្សក៏ត្រូវការកាត់បន្ថយបន្ទុកការងារសាលាដូចសព្វដងដោយសារស្ថានភាពនេះពេលនៅផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរពេទ្យ សូមពណ៌នាអំពីដែន​កំណត់​ទាំងនោះ៖

ប្រសិនបើសិស្សក៏តម្រូវឱ្យមានការកែប្រែផ្សេងទៀតលើកម្មវិធីអប់រំនៅពេលនៅផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសារស្ថានភាពសុខភាព សូមពណ៌នាចំណុច​ទាំង​នោះ៖

សិស្សត្រូវបានរំពឹងថានឹងវិលត្រលប់ទៅសាលារៀនវិញនៅ (កាលបរិច្ឆេទ​ត្រូវ​តែផ្តល់ជូន) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_។ (*ប្រសិនបើនៅតែបន្តមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រហួសពីកាលបរិច្ឆេទនេះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់សិស្សត្រូវតែដាក់ជូនទៅមណ្ឌល​សា​លា​​​នូវទម្រង់បែបបទថ្មីដែលបានចុះហត្ថលេខាពីគ្រូពេទ្យ ដើម្បី​បញ្ជាក់​ពី​តម្រូវ​ការបន្តការផ្តល់សេវាកម្មអប់រំនៅក្នុងផ្ទះ និង/ឬមន្ទីរពេទ្យ​។)*

**លិខិតបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យចំពោះតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តរបស់សិស្សសម្រាប់សេវាកម្មអប់រំនៅក្នុងផ្ទះ/មន្ទីពេទ្យ**

*ខ្ញុំជាគ្រូពេទ្យទទួលបន្ទុកព្យាបាលរបស់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ ហើយ​ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់សិស្ស។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា សិស្ស​រូបនេះ ត្រូវតែបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរ​ពេទ្យ ឬទាំងពីរមួយថ្ងៃ ឬមួយយប់ សម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សានៅក្នុង​ឆ្នាំ​សិក្សា ឬតាមមូលដ្ឋានដែលកើតឡើងដដែលៗ​ដែលនឹងកើនរហូតដល់ 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសិក្សាក្នុងអំឡុងឆ្នាំសិក្សានេះសម្រាប់​ហេតុ​ផលវេជ្ជសាស្រ្តដែលបាន*បញ្ជា*ក់ខាងលើ។*

ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលគេហទំព័រ <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> ឬទូរសព្ទទៅការិយាល័យប្រព័ន្ធដោះស្រាយបញ្ហាតាមលេខ (781) 338-3700។

**ប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនេះទៅមណ្ឌលសាលារបស់អ្នកវិញ**