

## Multilingual School Notices (Full Set)

### Thai

#### List of Notices

##### Notice #

- |    |   |
|----|---|
| 1  | Information Regarding Parent Participation  |
| 2  | Participation in Parent Teacher Interview   |
| 3  | Special Event/Meeting/Function  |
| 4  | Prep Intake   |
| 5  | Student Excursion Consent Form<br>(only for excursions not requiring School Council approval)   |
| 6  | End of Term   |
| 7  | No School   |
| 8  | Travel Card   |
| 9  | Exit from English Language School/Centre  |
| 10 | Medical Condition   |
| 11 | Immunisation Record   |
| 12 | Parent Payments   |
| 13 | Student Absence   |
| 14 | Swimming Program  |
| 15 | Meeting Request   |
| 16 | Items Required for an Excursion   |
| 17 | Student Attendance Times and Before and After School Supervision  |
| 18 | Student Excursion Consent Form<br>(for excursions requiring transport in a privately owned vehicle with principal approval and not requiring School Council approval) |
| 19 | Medical Information for School Council Approved Excursions  |

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

ท่านสามารถให้ความร่วมมือกับโรงเรียนของบุตรของท่านได้หลายวิธี ทางโรงเรียนจะจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ท่านสามารถให้ความช่วยเหลือและเข้าร่วมในการศึกษาเล่าเรียนของบุตรของท่านให้ท่าน ท่านอาจได้รับเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรมด้านต่างๆของโปรแกรมของโรงเรียน

ตลอดทั้งปีท่านจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมโดยการเข้าประชุม เข้าร่วมอีเวนต์ต่างๆ หรืองานอื่นๆ ที่โรงเรียนเป็นผู้จัดการประชุมบางครั้งอาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตร และบางครั้งอาจเป็นการประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับความก้าวหน้าของบุตรของท่าน

นอกจากนั้น ท่านยังอาจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนด้วยการเป็นกรรมการ หรือช่วยจัดการกิจกรรมต่างๆ ไปของโรงเรียน

หากท่านต้องการได้รับข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับชมรมบิดามารดาหรือสภาโรงเรียน โปรดติดต่อมาที่โรงเรียน

หากท่านประสงค์จะหาหรือเรื่องใดๆ ที่เกี่ยวกับบุตรของท่านหรือโรงเรียน โปรดติดต่อกับครูของบุตรของท่าน ครูใหญ่ หรือเจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งคนใดของโรงเรียน

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....

(School letterhead/logo)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

วันที่ ..... (date) เราขอเชิญท่านมาที่โรงเรียนเพื่อพบกับ .....

..... (name of teacher/s)

เพื่อสนทนาหรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าของบุตรของท่านและโปรแกรมของโรงเรียน การพบปะครั้งนี้เรียกว่า "การสัมภาษณ์ระหว่างบิดามารดา-ครู" นี่เป็นโอกาสที่ท่านจะได้หารือเรื่องต่างๆ ให้ข้อมูลหรือถามคำถามเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของท่าน เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับการร่วมมือระหว่างบิดามารดา ครู และนักเรียน ความสนใจและการเข้าร่วมของท่านในการพบปะกันครั้งนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ เราจะรอคอยพบท่านในวันนั้น

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งส่วนนี้กลับคืนภายในวันที่ ..... (date)

ชื่อของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง:.....

ชื่อของนักเรียน:..... ระดับปี: .....

โปรดแจ้งเวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการสัมภาษณ์โดยกาเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม

- .....  .....
- .....  .....
- .....  .....
- .....  .....

ต้องการได้สำเนา ..... (ภาษา)

ลายมือชื่อ.....(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่ .....

(School letterhead/logo)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

เราขอเชิญท่านมาร่วมงานของโรงเรียน

นี่จะเป็นโอกาสดีที่ท่านจะได้รู้จักโรงเรียนดียิ่งขึ้น

และเพื่อที่จะได้พบปะกับบรรดาครูและบิดามารดาคนอื่น ๆ

งานแจ้งข้อมูลตอนค่ำสำหรับบิดามารดา/ผู้ปกครองของนักเรียนในเรื่อง .....

การประชุมหาหรือเรื่องการไปแคมป์ .....

งานสังสรรค์ตอนสิ้นเทอม/สิ้นปี

เทศกาลว่ายน้ำ/กีฬาของโรงเรียน

การเลี้ยงน้ำชาภาคเช้าสำหรับบิดามารดา/ผู้ปกครอง

เหตุการณ์พิเศษสำหรับ .....

อื่นๆ .....

จะมีขึ้นที่ ..... (location)

ในวันที่ ..... (date) เวลา.....(time)

มีบริการล่าม

ไม่มีบริการล่าม

เราหวังว่าท่านคงสามารถมาร่วมกิจกรรมนี้ได้ เราจะคอยต้อนรับท่าน

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งส่วนนี้กลับคืนภายในวันที่ ..... (date)

ข้าพเจ้า ..... สามารถ/ไม่สามารถ มาร่วมได้ บุตรของข้าพเจ้าชื่อ .....

ข้าพเจ้าต้องการมีล่าม หากเป็นไปได้

ต้องการล่ามภาษา.....

ลายมือชื่อ ..... วันที่ .....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

เรามีความยินดีที่..... (student's name)

จะมาเข้าโรงเรียนของเราในปีหน้า เราขอเชิญท่านมาที่โรงเรียนก่อนโรงเรียนเปิดเทอม

เพื่อพบปะสนทนากับครูของบุตรของท่าน เรายินดีที่จะสนทนากับท่านทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุตรของท่าน กิจกรรมของเขา และของโรงเรียน

ตลอดจนวิธีการที่ท่านและคณะเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนจะสามารถทำงานร่วมกันเพื่อรับประกันความสำเร็จและความเพลิดเพลินในการเริ่มเข้าเรียนของบุตรของท่าน

จะเป็นการดียิ่งหากท่านจะมาถึงโรงเรียนเวลา .....(time)

วันที่.....(date)

โปรดนำบุตรของท่านมาด้วย เรายินดีต้อนรับสมาชิกและเด็กอื่นๆ ในครอบครัวของท่าน

ลายมือชื่อ .....

วันที่ .....

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งส่วนนี้กลับคืนภายในวันที่ ..... (date)

ชื่อของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง: .....

ชื่อของนักเรียน: .....

สามารถมา

ข้าพเจ้า ..... ที่โรงเรียนในวันที่..... (วันที่) เวลา..... (เวลา)

ไม่สามารถมา

ต้องการล่ามภาษา: ..... (ภาษา)

ลายมือชื่อ.....(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่ .....

แบบฟอร์มคำยินยอมการไปท่องเที่ยวของนักเรียน  
(สำหรับการท่องเที่ยวที่ไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียนเท่านั้น)

ภาษาไทย 5

(School letterhead/logo)

(Date)

ชื่อของการท่องเที่ยว: .....

จุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยว: .....

วันที่ของการท่องเที่ยว: .....

เวลาที่เริ่มออกเดินทางและเวลาที่เดินทางกลับมาถึง:  
.....

นักเรียนจะเดินทางโดย:  รถบัส  รถไฟ  รถราง  เดิน

เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนและการควบคุมดูแล: .....

ค่าใช้จ่าย:

อาหารกลางวัน:

- บุตรของท่านควรรนำอาหารกลางวันและเครื่องดื่มที่อยู่ในภาชนะกันแตกติดตัวมาด้วย
- ระหว่างการเดินทาง ซื้ออาหารกลางวันได้ในราคา \$.....
- ค่าอาหารกลางวันรวมอยู่ในค่าเดินทางแล้ว

เสื้อผ้าและอุปกรณ์ที่จำเป็น:

ชื่อของคุณสำหรับการติดต่อยามฉุกเฉินและรายละเอียด:

อื่นๆ:

หากท่านมีคำถามหรือความกังวลใดๆ โปรดติดต่อ.....

หมายเลข ..... (phone number)

แบบฟอร์มคำยินยอมการไปท่องเที่ยวของนักเรียน  
(สำหรับการท่องเที่ยวที่ไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียนเท่านั้น)

ภาษาไทย 5

คำยินยอมของบิดา/มารดา:

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุตร/ธิดาของข้าพเจ้า ..... (ชื่อเต็ม)

เข้าร่วม.....

บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง .....(ชื่อเต็ม)

..... (ลายมือชื่อ)

..... (วันที่)

ในกรณีฉุกเฉิน ติดต่อข้าพเจ้าได้ที่:

..... หรือ.....

### คำยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่ครูผู้ควบคุมไม่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ หรือไม่อยู่ในวิสัยที่จะปฏิบัติดังกล่าวได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ครูผู้ควบคุม:

- จัดการให้บุตรของข้าพเจ้ารับการรักษาพยาบาลด้านหยุดยาหรือการผ่าตัดตามที่แพทย์เห็นสมควร
- ให้การปฐมพยาบาลตามที่ครูผู้ควบคุมเห็นว่าเป็นการจำเป็น

ลายมือชื่อ: .....(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่: .....

สิ้นเทอม

ภาษาไทย 6

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง

โรงเรียนจะปิดเทอมวันที่ ..... (day) ..... (date)

เวลา..... (time) สำหรับเทอมนี้/วันหยุดเทอมสิ้นปี

โรงเรียนจะเปิดเรียนวันที่ .....(day).....(date) เวลา..... น.(time)

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....



(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง

โรงเรียนจะปิดวันที่.....(day).....(date)

โปรดอย่าส่งบุตรของท่านมาโรงเรียนวันนี้

เหตุผลคือ:

วันพรีของนักเรียน

(วันหลักสูตรสำหรับครูเท่านั้น)

วันหยุดราชการ

อื่นๆ

ลายมือชื่อ.....

วันที่ .....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

บัตรลดราคาค่าเดินทางช่วยให้นักเรียนใช้ยานพาหนะประจำทางในอัตราค่าโดยสารที่ถูกลง

นักเรียนที่ลงทะเบียนที่โรงเรียนนี้มีสิทธิได้บัตรลดราคา ในการยื่นขอบัตรลดราคาค่าเดินทางของนักเรียน บิดามารดาจะต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องซึ่งขอรับได้จากโรงเรียนหรือที่สถานีรถไฟ พร้อมด้วยภาพถ่ายสีของบุตรขนาดที่ใช้ในหนังสือเดินทางมาด้วยสองภาพ ก่อนที่จะนำไปยื่นที่สถานีรถไฟ ท่านต้องให้ทางโรงเรียนประทับ ตราบนแบบฟอร์มคำร้องที่กรอกแล้วและบนหลังภาพถ่ายเสียก่อน

บัตรลดราคานี้ใช้ได้สัปดาห์ละเจ็ดวัน อนึ่ง โปรดพึงระลึกว่า กฎหมายระบุว่าผู้โดยสารที่เป็นนักเรียนจะต้องถือบัตรลดราคา ค่าเดินทาง **Public Transport** **Victorian (PTV)** ที่ยังไม่หมดอายุกับตั๋วลดราคาค่าโดยสารติดตัวตลอดเวลาที่เดินทางด้วยยานพาหนะสาธารณะ นักเรียนอาจถูกปรับถ้าไม่มีบัตรลดราคาค่าเดินทางเมื่อถูกเจ้าหน้าที่ขอ

หากนักเรียนทำบัตรหาย เขาจะต้องเสียค่าทำบัตรใหม่เป็นมูลค่า \$ .....

ลายมือชื่อ .....

วันที่ .....

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการขนส่งผู้โดยสารสาธารณะ Public Transport Victoria จัดให้มีโทรศัพท์สายล่ำม

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียนบิดามารดา / ผู้ปกครอง ทราบ

บุตรของท่าน ..... (name) ได้เรียนจบหลักสูตรภาษาอังกฤษแล้ว  
และพร้อมที่จะเข้าเรียนในโรงเรียนธรรมดา บุตรของท่านจะเข้าเรียนที่:

โรงเรียน:.....

.....

ที่ตั้ง:.....

การติดต่อ

บุคคล:.....

โทรศัพท์:.....

หากท่านมีคำถามใดๆ โปรดติดต่อมาที่โรงเรียน/ศูนย์ภาษาอังกฤษ:

..... (Contact person)

หมายเลข ..... (phone)

ลายมือชื่อ .....

วันที่.....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

ทางโรงเรียนจำเป็นต้องทราบหากบุตรของท่านมีอาการเจ็บไขได้ป่วยระยะยาว (เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคภูมิแพ้ โรคแพ้ยา โรคธาลัสซีเมีย โรคเลือดออกไม่หยุด หรือโรคหัวใจ) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ระหว่างที่เขายู่ที่โรงเรียน โรงเรียนจะจัดทำแผนสนับสนุนสุขภาพนักเรียน หรือแผนจัดการการแพทย์ส่วนบุคคล โดยอาศัยความเห็นชอบจากท่านและบุตรของท่าน เพื่อที่จะได้ดำเนินการแก้ไขที่สมควร และเพื่อให้เป็นที่แน่ใจว่าอาการของบุตรของท่านและการเรียนของเขาได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ โดยทางโรงเรียนจะรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ

อนึ่ง ท่านต้องมอบหยุดยาทั้งหมดให้ครู นอกเสียจากว่าท่านมีการจัดการอย่างอื่นในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของแผนสนับสนุนสุขภาพของบุตรของท่าน อาทิ เช่น นักเรียนที่เป็นโรคหอบหืดมักจะเก็บยาแก้โรคหอบหืดไว้กับตัว

การให้ยารักษาความปวดแก่นักเรียนจะทำได้แต่เฉพาะเมื่อได้รับอนุญาตจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครองเท่านั้น

หากบุตรของท่านมีอาการเจ็บไขได้ป่วย โปรดโทรศัพท์ไปหา..... (name)

ที่หมายเลข..... (phone) เพื่อขอทำวันนัด

ลายมือชื่อ .....

วันที่.....

ประวัติการรับภูมิคุ้มกัน

ภาษาไทย 11

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

นักเรียนทุกคนจะต้องแสดงประวัติการรับภูมิคุ้มกันโรคเมื่อเข้าเรียนครั้งแรกในโรงเรียนระดับประถมศึกษาของรัฐควิตตอเรีย นอกจากนี้ นักเรียนที่ย้ายจากโรงเรียนหนึ่งไปยังอีกโรงเรียนหนึ่ง ก็ต้องแสดงประวัติการรับภูมิคุ้มกันโรคด้วยเช่นเดียวกัน

**บัตรนี้จะแสดงให้เห็นว่านักเรียนได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ ต่อไปนี้ คือ โรคคอตีบ โรคนาดทะเลย์ก โรคโปลิโอ โรคหัด โรคคางทูม โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส โรคตับอักเสบบี โรคไอกรน โรคปอดบวม โรคโรตาไวรัส และโรคไขหวัดใหญ่ ฮีโมฟีลัสประเภท บี**

ขอรับใบแสดงประวัติได้จาก Australian Childhood Immunisation Register โดยโทรศัพท์ไปที่ 1800 653 809 หรือเว็บไซต์ [www.medicareaustralia.gov.au/online](http://www.medicareaustralia.gov.au/online) หรือไปที่สำนักงาน Medicare ในท้องถิ่นที่ท่านพำนักอยู่

หากบุตรของท่านไม่มีสิทธิได้รับบัตรเมดิแคร์ โปรดติดต่อแพทย์ของท่านหรือบริการภูมิคุ้มกันโรคของเทศบาลท้องถิ่น ซึ่งทั้งสองแห่งนี้จะช่วยท่านได้ในเรื่องการขอรับใบแสดงประวัติภูมิคุ้มกันนี้

ขอรับการฉีดวัคซีนได้จากเทศบาลท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพมารดาและเด็ก และจากแพทย์ในท้องถิ่นที่ท่านพำนักอยู่

**นักเรียนที่ไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคยังคงสามารถมาโรงเรียนได้ แต่หากมีการระบาดของโรคติดต่อชนิดใดชนิดหนึ่งเกิดขึ้นที่โรงเรียน นักเรียนดังกล่าวจะถูกส่งตัวกลับบ้านจนกว่าอันตรายจะผ่านพ้นไปแล้ว**

หากบุตรของท่านได้รับภูมิคุ้มกันโรคแล้ว

โปรดนำใบแสดงการรับภูมิคุ้มกันติดตัวมาด้วยในวันที่ท่านมาลงทะเบียนการเข้าเรียนของบุตรของท่าน

ลายมือชื่อ.....

วันที่ .....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

แม้ว่าโรงเรียนจะได้รับเงินอุดหนุนจากกระทรวงศึกษาธิการและการฝึกอบรมในการจัดทำโปรแกรมโรงเรียน แต่ก็เป็นที่ยอมรับว่าบิดามารดาจำเป็นต้องออกค่าใช้จ่ายเองหรือจ่ายเงินให้แก่โรงเรียนเป็นค่าจัดหาอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญต่อการศึกษา เช่น ตำราเรียน เครื่องเขียน การไปท่องเที่ยว การไปแคมป์ และค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในหลักสูตรสำหรับวิชาการปฏิบัติ ซึ่งนักเรียนจะนำผลงานที่ทำเสร็จสมบูรณ์แล้วกลับบ้าน

สำหรับปีนี้ ทางโรงเรียนใคร่ขอให้บิดามารดาบริจาคเงิน

\$.....สำหรับอุปกรณ์ต่างๆตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

นอกจากสิ่งเหล่านี้แล้ว สภาโรงเรียนมักจะขอให้บิดามารดาบริจาคเงินในการรณรงค์หาทุนเข้าโรงเรียนอีกด้วย

สำหรับปีนี้ ทางโรงเรียนใคร่ให้ท่านบริจาคเงิน \$ ..... ด้วยความสมัครใจ

ทางโรงเรียนสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาเกี่ยวกับการให้ความสนับสนุนทางการเงิน

โปรดติดต่อมาที่โรงเรียนหากท่านประสงค์จะหารือเกี่ยวกับทางเลือกในการบริจาคเงิน หนึ่ง โปรดพึงสังเกตด้วยว่า กระทรวงศึกษาธิการและการฝึกอบรมมีนโยบายว่านักเรียนทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติที่ทัดเทียมกัน จะไม่มีนักเรียนคนใดถูกกีดกันไม่ให้เข้าถึงโปรแกรมหลักสูตรมาตรฐาน หรือถูกปฏิเสธการเข้าเรียน หรือได้รับการเสียเปรียบ เพราะเหตุที่บิดามารดาไม่อยู่ในฐานะที่สามารถออกเงินค่าใช้จ่ายอุปกรณ์การศึกษา ค่าบริการ หรือออกเงินบริจาคด้วยความสมัครใจ

ลายมือชื่อ .....

วันที่ .....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

เรามีความกังวลว่า ..... (student's name) ในชั้นปี .....(year) ได้ขาดเรียนเมื่อ .....(day/s and date/s) และ ..... (day/s and date/s)

โปรดแจ้งเหตุผลของการขาดเรียนในท่อนล่างของเอกสารแผ่นนี้ แล้วส่งกลับคืนมาให้โรงเรียนโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้

หากบุตรของท่านขาดเรียนโดยท่านไม่ได้อนุญาต ขอท่านได้โปรดแจ้งให้โรงเรียนทราบเพื่อที่จะได้หาหรือเรื่องนี้กันต่อไป

ลายมือชื่อ..... วันที่ .....

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งเอกสารแผ่นนี้กลับคืนมาที่โรงเรียนโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้

บุตรของข้าพเจ้า ..... (ชื่อของนักเรียน) ได้ขาดโรงเรียน

เมื่อ..... (วันและวันที่)

ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้:

- ป่วย  มีนัดกับแพทย์  มีนัดกับทันตแพทย์
- ธุรกิจของครอบครัว  ขาดเรียนโดยไม่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า
- เหตุผลอื่นๆ (โปรดให้รายละเอียด) .....

ลายมือชื่อ ..... (บิดามารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่.....

(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน บิดามารดา/ผู้ปกครอง ทราบ

โปรแกรมว่ายน้ำของโรงเรียนจะมีขึ้นที่.....(venue)

..... (address)

ในวันที่.....(dates) ระหว่าง .....(times)

โปรแกรมว่ายน้ำนี้จัดให้สำหรับนักเรียนทุกคน

นักเรียนจะอยู่ในความดูแลของครู และจะได้รับการฝึกสอนเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยครูที่ผ่านการฝึกสอนการว่ายน้ำมาแล้ว

โปรดแจ้งให้ครูของบุตรของท่านทราบเกี่ยวกับสถานการณ์พิเศษใดๆ ที่ทางโรงเรียนควรได้รับทราบ อาทิ เช่น  
อาการเจ็บไขได้ป่วยของบุตรของท่าน

นักเรียนจะต้องนำอุปกรณ์เหล่านี้ติดตัวมาด้วยทุกครั้ง:

- ชุดว่ายน้ำ  ผ้าเช็ดตัว  
 หมวกกันน้ำ (ถ้าต้องการใช้)  แวนดากันน้ำ (ถ้าต้องการใช้)  
 เสื้อผ้าที่สวมง่ายใส่สบาย เช่น แทร็คสูท

ค่าเรียนว่ายน้ำคือ \$..... ต่อครั้ง (ค่าเรียนทั้งหมดคือ \$ ..... )

.....ลายมือชื่อ

-----

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งเอกสารแผ่นนี้กลับคืนมาที่โรงเรียนภายในวันที่..... (date)

ข้าพเจ้านุญาต / ไม่อนุญาตให้ ..... (ชื่อของนักเรียน) ชั้นปี .....

เข้าร่วมในโปรแกรมว่ายน้ำของโรงเรียน

ข้าพเจ้าต้องการจ่าย \$ ..... ต่อครั้ง

หรือ

ข้าพเจ้าต้องการจ่ายสำหรับค่าโปรแกรมว่ายน้ำทั้งหมดทีเดียว พร้อมกันนี้ได้ส่งเงินมาเป็นมูลค่า \$.....

โปรดติดต่อโรงเรียนหากท่านต้องการหารือเกี่ยวกับทางเลือกอื่นในการจ่ายค่าเรียนว่ายน้ำ

ลายมือชื่อ ..... (บิดามารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่ .....



(School letterhead/logo)

(Date)

เรียน .....,

เราประสงค์ที่จะขอเชิญท่านมาร่วมประชุมหารือเรื่อง:

- ความก้าวหน้าของบุตรของท่าน
- รายงานผลการเรียนของบุตรของท่าน
- การขาดเรียนของบุตรของท่าน

โปรดมาที่โรงเรียนในวันที่.....(day and date) เวลา..... (time)

เพื่อพบกับ.....

หากท่านต้องการใช้ล่าม เราจะจัดหาล่ามให้ท่านในการประชุมหารือครั้งนี้

เราหวังว่าท่านคงมาร่วมประชุมได้

หากท่านไม่สามารถมาร่วมประชุมครั้งนี้ได้

และต้องการทำวันนัดประชุมใหม่โปรดโทรศัพท์มาที่โรงเรียนที่หมายเลข ..... (phone)

ลายมือชื่อ..... วันที่.....

โปรดกรอกข้อความ ตัดออก แล้วส่งเอกสารแผ่นนี้กลับคืนมาที่โรงเรียนภายในวันที่ ..... (date)

ข้าพเจ้า ..... สามารถมา / ไม่สามารถมา ร่วมประชุมได้ ชื่อบุตรของข้าพเจ้าคือ .....

ข้าพเจ้าต้องการล่ามหากเป็นไปได้  ข้าพเจ้าไม่ต้องการล่าม

ต้องการใช้ล่ามภาษา.....

ลายมือชื่อ .....

วันที่ .....

นักเรียนจะต้องนำสิ่งต่างๆ  
สิ่งของเครื่องใช้ทุกชิ้นต้องมีชื่อของนักเรียนกำกับ

ที่กาไว้ในช่องว่างใต้วมาด้วยเมื่อไปแคมป์

1. การนอน
- |                                     |                                 |   |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ผ้าห่มนอน  | <input type="checkbox"/> ถุงนอน | <input type="checkbox"/> รองเท้าแตะ (สลิปเปอร์) |
| <input type="checkbox"/> หมอนเล็กๆ  | <input type="checkbox"/> ชุดนอน | <input type="checkbox"/> ที่นอนลม               |
| <input type="checkbox"/> เสื่อปูนอน |                                 |   |

2. เสื้อผ้าตอนกลางวัน
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> กางเกงยีน/ขายาว                                     | <input type="checkbox"/> หมวกกันแดด           | <input type="checkbox"/> หมวกอุ่น                     |
| <input type="checkbox"/> กางเกงขาสั้น  | <input type="checkbox"/> ผ้าพันคอ             | <input type="checkbox"/> หมวกกันฝน                    |
| <input type="checkbox"/> เสื้อเชิร์ต   | <input type="checkbox"/> ถุงเท้า              | <input type="checkbox"/> ถุงมือ                       |
| <input type="checkbox"/> กางเกงชั้นใน  | <input type="checkbox"/> เสื้อจัมเปอร์อุ่น    | <input type="checkbox"/> เสื้อจัมเปอร์ขนสัตว์         |
| <input type="checkbox"/> เสื้อเชิร์ตแขนยาวหรือเสื้อที่ให้ความอุ่น (เธอร์มัล) |   | <input type="checkbox"/> เสื้อผ้าชั้นในที่ให้ความอุ่น |
| <input type="checkbox"/> เสื้อปาร์ก้าหรือเสื้อกันฝน                          | <input type="checkbox"/> รองเท้าผ้าใบ         | <input type="checkbox"/> รองเท้าบูทยาง (กัมบูท)       |
| <input type="checkbox"/> รองเท้าสำหรับใส่เดิน                                | <input type="checkbox"/> รองเท้าแตะ (แซนเดิล) | <input type="checkbox"/> รองเท้าคืบ                   |
| <input type="checkbox"/> เสื้อ/กางเกงว่ายน้ำ                                 |   |   |

3. ของใช้ส่วนตัว
- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ผ้าเช็ดตัว   | <input type="checkbox"/> ครีมกันแดด                   | <input type="checkbox"/> หวี            |
| <input type="checkbox"/> ยากันแมลง    | <input type="checkbox"/> กระดาษทิชชู หรือ ผ้าเช็ดหน้า |   |
| <input type="checkbox"/> แชมพู        | <input type="checkbox"/> สบู่                         | <input type="checkbox"/> กระเป๋าน้ำร้อน |
| <input type="checkbox"/> หมวกยาสวนตัว |   |   |

4. อุปกรณ์การรับประทานอาหาร
- |  |                                     |                               |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> จาน           | <input type="checkbox"/> ชาม        | <input type="checkbox"/> ถ้วย |
| <input type="checkbox"/> มีด/ส้อม/ช้อน | <input type="checkbox"/> ผ้าเช็ดจาน |                               |

5. อื่นๆ
- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สมุดทำงาน/สมุดบันทึก               | <input type="checkbox"/> ปากกาและดินสอ     | <input type="checkbox"/> กล้องถ่ายภาพ |
| <input type="checkbox"/> ถุงพลาสติกสำหรับใส่เสื้อผ้าใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> ไฟฉายและแบตเตอรี่ |                                       |
| <input type="checkbox"/> ของจดหมายที่ปิดแสดมปีแล้ว          |  |                                       |

6. เงินสำหรับใช้สอย: ไม่เกิน \$.....

(School letterhead/logo)

(Date)

**นี่เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับท่านเกี่ยวกับโรงเรียนของบุตรของท่าน**

บิดามารดา/ผู้ปกครองจะต้องนำบุตรมาส่งที่โรงเรียน และรับบุตรกลับบ้านตามเวลาที่ถูกต้อง

**เวลาเรียนในชั้น**

เริ่มเรียนเวลา .....น. (time) และเลิกเรียนเวลา.....น. (time)

**การดูแลเด็กโดยครูก่อนและหลังเวลาเรียนในชั้นตามที่แจ้งไว้ข้างต้น**

**ช่วงเช้า**

ช่วงเช้าที่โรงเรียนจะมีครูคอยดูแลบุตรของท่านจาก

.....น. (time) จนกระทั่งถึงเวลาเข้าเรียน ทางโรงเรียนไม่สามารถดูแลบุตรของท่านก่อนเวลานี้ได้ ดังนั้น

โปรดอย่านำบุตรของท่านมาส่งที่โรงเรียนก่อนเวลานี้

**ช่วงบ่าย**

มีครูหลายคนอยู่ที่โรงเรียนตอนโรงเรียนเลิกเพื่อดูแลเด็กจนกระทั่งถึงเวลา

.....น. (time) โปรดมารับบุตรของท่านก่อน .....น. (time)

เป็นหน้าที่รับผิดชอบของบิดามารดา/ผู้ปกครองที่จะต้องมารับบุตรของท่านที่โรงเรียนก่อนเวลานี้

หลังจากเวลานี้ผ่านพ้นไปแล้ว ทางโรงเรียนไม่สามารถจัดหาใครดูแลบุตรของท่านได้

**โปรแกรมดูแลเด็กก่อน/หลังเวลาทำการของโรงเรียน**

**โรงเรียนของเรามีโปรแกรมดูแลเด็กก่อน/หลังเวลาทำการของโรงเรียน:**

โปรแกรมนี้เริ่มตั้งแต่เวลา .....น. (time) ถึง.....น. ในตอนเช้า และ

จาก .....น. (time) ถึง .....น. (time) ในตอนบ่าย ของวันที่โรงเรียนเปิดทำการ

หากบุตรของท่านต้องการความดูแลหลังโรงเรียนเลิก

และท่านต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมดูแลเด็กก่อน/หลังเวลาทำการของโรงเรียน โปรดติดต่อ

.....หมายเลขโทรศัพท์ ..... (telephone)

เพื่อขอสมัครเข้าอยู่ในโปรแกรมนี

**โรงเรียนของเราไม่มีโปรแกรมดูแลเด็กก่อน/หลังเวลาทำการของโรงเรียน:**

โปรดพึงระลึกว่าโรงเรียนของเราไม่มีโปรแกรมดูแลเด็กก่อน/หลังเวลาทำการของโรงเรียน

ถ้าบุตรของท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลนอกเวลาทำการของโรงเรียน

ก็เป็นหน้าที่รับผิดชอบของบิดามารดา/ผู้ปกครองที่จะต้องจัดการเรื่องการดูแลเด็กที่เหมาะสมเอง

ลายมือชื่อ.....

วันที่.....

(สำหรับการเดินทางที่ใช้นานพาหนะส่วนตัวโดยได้รับความเห็นชอบของครูใหญ่ และไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียน)

(School letterhead/logo)

(Date)

ชื่อของการท่องเที่ยว: .....

จุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยว: .....

วันที่ของการท่องเที่ยว: .....

เวลาที่เริ่มออกเดินทาง และ เวลาที่เดินทางกลับถึง: .....

นักเรียนจะเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว ขับโดย .....

ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่คนหนึ่งของคณะครูผู้ดูแล

สมาชิกของคณะและการดูแลตรวจตรา: .....

ค่าใช้จ่าย: \$.....

อาหารกลางวัน:

- บุตรของท่านควรนำอาหารกลางวันและเครื่องดื่มที่บรรจุอยู่ในภาชนะกันแตกติดตัวมาด้วย
- ในระหว่างการท่องเที่ยว ซื้ออาหารกลางวันได้ในราคา \$.....
- ค่าอาหารกลางวันรวมอยู่ในค่าท่องเที่ยวแล้ว

เสื้อผ้าและอุปกรณ์ที่จำเป็น:.....

.....

ชื่อและรายละเอียดของผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน: .....

.....

อื่นๆ:.....

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ โปรดติดต่อ: .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... (phone number)

(สำหรับการเดินทางที่ใช้นานพาหนะส่วนตัวโดยได้รับความเห็นชอบของครูใหญ่ และไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียน)

**คำยินยอมของบิดา/มารดา:**

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุตร/ธิดาของข้าพเจ้า.....(ชื่อเต็ม)  
เข้าร่วม

บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง.....(ชื่อเต็ม)  
..... (ลายมือชื่อ)  
.....(วันที่)

ในกรณีฉุกเฉิน สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ที่:

..... หรือ.....

**คำยินยอมสำหรับการรักษาพยาบาล**

ในกรณีที่ครูผู้ควบคุมการท่องเที่ยวไม่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ หรือเป็นการสุดวิสัยที่จะปฏิบัติดังกล่าวได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ครูผู้ควบคุม:

- จัดการให้บุตรของข้าพเจ้ารับการรักษาพยาบาลด้านหยูกยาหรือการผ่าตัดตามที่แพทย์เห็นสมควร
- ให้การปฐมพยาบาลตามที่ครูผู้ควบคุมเห็นว่าเป็นการจำเป็น

ลายมือชื่อ ..... (บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

วันที่:.....

**ข้อมูลด้านการแพทย์ที่สงวนเป็นความลับสำหรับการท่องเที่ยวที่ได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียน**

โรงเรียนจะใช้ข้อมูลนี้ถ้าบุตรของท่านอยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการพยาบาลฉุกเฉิน

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกสงวนเป็นความลับข้อมูลการแพทย์ในแบบฟอร์มนี้จะต้องทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบันในขณะที่การท่องเที่ยว/โปรแกรมกำลังดำเนินอยู่

บิดามารดาเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมดหากนักเรียนได้รับบาดเจ็บในการท่องเที่ยวที่โรงเรียนเห็นชอบ นอกเสียจากการพบวาระทรวงศึกษาธิการและการฝึกอบรมเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบ (การรับผิดชอบไม่ใช่เป็นสิ่งอัตโนมัติ) หากต้องการ

บิดามารดาสามารถซื้อการประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียนจากบริษัทประกันภัยพิบัติได้

ชื่อการท่องเที่ยว/โปรแกรม: .....

วันที่: .....

ชื่อเต็มของนักเรียน: .....

ที่อยู่ของนักเรียน: .....

รหัสไปรษณีย์: .....

วันเดือนปีเกิด: ..... ชั้นปี: .....

ชื่อเต็มของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง: .....

หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน: *หลังเวลาธุรกิจ*..... *เวลาธุรกิจ*.....

ชื่อของบุคคลที่ต้องติดต่อในกรณีฉุกเฉิน (ถ้าแตกต่างไปจากของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง):

.....

หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน: *หลังเวลาธุรกิจ*..... *เวลาธุรกิจ*.....

ชื่อของแพทย์ประจำครอบครัว:.....

ที่อยู่ของแพทย์ประจำครอบครัว: .....

หมายเลขโทรศัพท์: .....

หมายเลขเมดิแคร์: .....

บริษัทประกันสุขภาพ/โรงพยาบาล: .....

หมายเลขสมาชิก: .....

เป็นสมาชิกโรงพยาบาลหรือไม่?  เป็น  ไม่เป็น ถ้า เป็น ขอทราบหมายเลขสมาชิกโรงพยาบาล:

นี่เป็นครั้งแรกที่บุตรของท่านห่างไกลบ้านหรือ?  ใช่  ไม่ใช่

โปรดกาเครื่องหมายถูกลงในช่องหากบุตรของท่านมีอาการต่อไปนี้:

หอบหืด (ถ้ากาช่องนี้ โปรดกรอกแผนการจัดการกับโรคหอบหืด)

แพ้ยา (ถ้ากาช่องนี้)

โปรดทบทวนและทำให้แผนการจัดการส่วนบุคคลทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบันเพื่อการไปแคมป์หรือการท่องเที่ยว)

บัสสาวะรดที่นอน  หน้ามืด  เมารถ  วิงเวียน  ปวดศีรษะไมเกรน

อาการเกี่ยวกับหัวใจ  เดินละเมอ  คลื่นไส้อาเจียนเวลาเดินทาง  อาการชักกระตุกไม่ว่าแบบไหน

อื่นๆ .....

**ความสามารถในการว่ายน้ำ (โปรดกาในช่องระยะทางที่บุตรของท่านสามารถว่ายน้ำได้อย่างสะดวกสบาย)**

- ว่ายน้ำไม่เป็น (0 ม.)    ว่ายน้ำไม่แข็ง (<50 ม.)    ว่ายน้ำแข็งพอใช้ได้ (50-100 ม.)  
 ว่ายน้ำได้เชี่ยวชาญ (100-200 ม.)    ว่ายน้ำได้อย่างเข้มแข็ง (200 ม.+)

**ภูมิแพ้ (โปรดกาในช่องที่จัดไว้หากบุตรของท่านแพ้สิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไปนี้)**

- เพนนิซิลลิน    ยาอื่นๆ: .....
- อาหาร: .....
- ภูมิแพ้อื่นๆ: .....

มีการระงับพิเศษอะไรบ้างสำหรับภูมิแพ้เหล่านี้? .....

.....

ได้รับการฉีดยาป้องกันโรคบาดทะยักครั้งสุดท้ายเมื่อปีค.ศ.อะไร?:

.....

**ปกติ** การฉีดยาป้องกันโรคบาดทะยักกระทำเมื่อเด็กอายุห้าขวบ (ในฐานะเป็นสารต่อต้านสามเท่า หรือ ซีดีที)

**ยา**

บุตรของท่านรับประทานยาใดๆ อยู่หรือเปล่า?  รับประทาน  ไม่รับประทาน

ถ้ารับประทาน โปรดแจ้งชื่อยา ขนานของยา และบรรยายว่าต้องรับประทานเมื่อไรและอย่างไร

.....

.....

ท่านต้องมอบยาทั้งหมดให้แก่ครูผู้ควบคุม ภาวะที่บรรจยาคงต้องติดป้ายแสดงชื่อของบุตรของท่าน ขนานของยา รับประทานเมื่อไรและอย่างไร

ครูจะเก็บยาเหล่านี้ไว้และให้ยาแก่บุตรของท่านตามที่ระบุไว้

โปรดแจ้งให้ครูผู้ควบคุมทราบว่าเป็นการจำเป็นหรือเป็นการสมควรที่บุตรของท่านจะต้องเก็บยาบางชนิดไว้กับตัว (อาทิ เช่น พัฟเฟอร์สำหรับผู้เป็นโรคหอบหืด หรือยาฉีดอินซูลินสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน) อย่างไรก็ตาม เด็กจะเก็บยาเหล่านี้ไว้กับตัวได้ต่อเมื่อครูผู้ควบคุมและตัวท่านเองเห็นชอบด้วยกับเรื่องนี้

**คำยินยอมด้านการแพทย์**

ในกรณีที่ครูผู้ควบคุมไม่สามารถติดต่อกับข้าพเจ้าได้ หรือไม่อยู่ในวิสัยที่จะปฏิบัติดังกล่าวได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ครูผู้ควบคุม:

- ให้คำยินยอมให้บุตรของข้าพเจ้ารับการรักษาพยาบาลหรือการผ่าตัดที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องทำ
- ให้การปฐมพยาบาลตามที่ครูผู้ควบคุมเห็นว่าสมควร

ลายมือชื่อของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง (ตามที่แจ้งไว้ข้างต้น) .....

วันที่: .....

กระทรวงศึกษาธิการและการฝึกอบรมระบุว่าจะต้องมีการลงลายมือชื่อในคำยินยอมสำหรับนักเรียนที่เข้าร่วมการไปท่องเที่ยวของโรงเรียนรัฐบาลซึ่งได้รับความเห็นชอบจากสภาโรงเรียน

**หมายเหตุ:**

ท่านควรได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับการท่องเที่ยว/โปรแกรมก่อนหน้าที่บุตรของท่านจะเข้าร่วมและแบบฟอร์มให้คำยินยอมของบิดา/มารดา หากท่านมีคำถามเพิ่มเติม โปรดติดต่อมาที่โรงเรียนก่อนที่โปรแกรมนี้จะเริ่มขึ้น