

ស្រីដកា
ANGÉLICA INFANTE-GREEN

JAVIER MONTAÑEZ
ជាអគ្គនាយក



មណ្ឌលសាលារៀនសាធារណៈព្រូវីឌីន
ការិយាល័យអគ្គនាយក
797 Westminister Street
Providence, RI 02903-4045
ទូរស័ព្ទ៖ 401.456.9211
ទូរសារ៖ 401.456.9252
www.providenceschools.org

[កាលបរិច្ឆេទ]

ជូនចំពោះមាតាបិតា / អាណាព្យាបាលជាទីគោរព៖

មណ្ឌលសាលារៀនសាធារណៈព្រូវីឌីន (PPSD) នឹងបន្តផ្តល់ជូននូវការធ្វើតេស្តរក COVID-19 នៅសាលារៀនរបស់កូនអ្នក ដែលជាផ្នែកនៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់យើងក្នុងការដោះស្រាយជាមួយវិស័យសក្តានុពលនេះ។

ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈបច្ចុប្បន្ន PPSD នឹងផ្តល់ការធ្វើតេស្តរោគសញ្ញាក្នុងអំឡុងពេលបួនសប្តាហ៍ដំបូងនៃការចូលរៀន បន្ទាប់ពីវិស្សមកាលសិក្សា ហើយនៅពេលដែលខោនធីព្រូវីឌីន ត្រូវបានកំណត់ថាស្ថិតក្នុង "ការឆ្លងកម្រិតខ្ពស់" ដោយមជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺ (CDC) ។ ការធ្វើតេស្តនឹងមានសម្រាប់សិស្ស និងបុគ្គលិកទាំងអស់នៅសាលារៀនរបស់កូនអ្នក។ ក្នុងអំឡុងពេលទាំងនេះ មណ្ឌលមានគោលបំណងផ្តល់ជូនការធ្វើតេស្តម្តងម្កាលមួយសប្តាហ៍ អាស្រ័យលើភាពអាចរកបាននៃការផ្គត់ផ្គង់។

លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកបង្ហាញរោគសញ្ញានៅពេលនៅសាលារៀន គិលានុបដ្ឋាយិកាសាលានឹងអាចធ្វើតេស្តរោគសញ្ញា ដើម្បីពន្លឿនពេលវេលាធ្វើតេស្តសម្រាប់សិស្ស។

ដោយផ្អែកលើការផ្គត់ផ្គង់បច្ចុប្បន្ន ការធ្វើតេស្តនឹងត្រូវបានអនុវត្តដោយប្រើការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនរហ័ស។ សម្រាប់ការធ្វើតេស្តនីមួយៗ កូនរបស់អ្នកនឹងទទួលបានប្រដាក់ក្រចម្មៗមួយ។ មាតាបិតានឹងទទួលបានការហៅទូរស័ព្ទ ប្រសិនបើកុមារធ្វើតេស្តវិជ្ជមាន។

អ្នកគ្រប់គ្រងសាលានឹងមានសិទ្ធិចូលប្រើលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត BinaxNOW និង PCR ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីការធ្វើតេស្តតាមរយៈកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកសាលារៀនរបស់កូនអ្នក។ មែនហើយ ក្នុងនាមជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ឬកូនរបស់អ្នកអាចបដិសេធការធ្វើតេស្តនៅពេលណាមួយ។

PPSD ត្រូវការការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យសិស្សរបស់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីការធ្វើតេស្តនេះ។ **សូមចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះមកវិញ នៅពេលដែលឆ្នាំសិក្សាចាប់ផ្តើមនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នកចូលរួមក្នុងការធ្វើតេស្តរក COVID-19 ។ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់ឆ្នាំសិក្សាមុនរួចហើយ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ទម្រង់ការយល់ព្រមថ្មីទេ។**

ឈ្មោះរបស់សិស្ស៖ _____

សាលារៀនរបស់សិស្ស៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សិស្ស៖ _____

លេខទូរស័ព្ទរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ _____

អ៊ីមែលរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ _____

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ _____

សូមអរគុណចំពោះការគាំទ្ររបស់អ្នកក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់យើងក្នុងការពង្រីកការទប់ស្កាត់ ការរកឃើញ និងការធ្វើតេស្តរក COVID-19 នៅក្នុងរដ្ឋរបស់យើង និងនៅក្នុងសាលារៀនរបស់យើង។

និយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំការងារ នាយកដ្ឋានសាលារៀន Providence មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ អាយុ ភេទ សាសនា ទំនោររូបរាង ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ពីការភាព ឬស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជន។