

Chương trình này được thực hiện do sự cộng tác giữa Khu Học Chính Garden Grove và Cầu Lạc Bộ Thanh Thiếu Niên Garden Grove.

Học Sinh # 1:					
Họ		Tên		Chữ đầu của Tên Đệm	
Sắc Dân: <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Da Đỏ <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/La-tinh <input type="checkbox"/> Đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Gốc đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Sắc dân khác: _____					Tình Trạng Sức Khoẻ/Các Bệnh Dị Ứng:
Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày Sinh: (tháng/ngày/năm)	Tuổi	Lớp	Trường	Danh Số Học Sinh
Con tôi có Bảo Hiểm Y Tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, quý vị có muốn giúp đỡ để con mình có bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bác sĩ hoặc Chương Trình Y Tế _____ Số Điện Thoại ()					
Con tôi có thể vào mạng điện toán để học chương trình học hiện thời/ học hè. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Để đáp ứng nhu cầu của học sinh hiệu quả hơn, vui lòng cho biết con em quý vị có thuộc Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, quý vị có cho phép BGCGG được thu thập những chi tiết liên quan đến IEP của GGUSD không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Con em quý vị có thể được chụp hình hoặc quay phim với mục đích quảng bá và huấn luyện. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					

Học Sinh # 2:					
Họ		Tên		Chữ đầu của Tên Đệm	
Sắc Dân: <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Da Đỏ <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/La-tinh <input type="checkbox"/> Đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Gốc đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Sắc dân khác: _____					Tình Trạng Sức Khoẻ/Các Bệnh Dị Ứng:
Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày Sinh: (tháng/ngày/năm)	Tuổi	Lớp	Trường	Danh Số Học Sinh
Con tôi có Bảo Hiểm Y Tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, quý vị có muốn giúp đỡ để con mình có bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bác sĩ hoặc Chương Trình Y Tế _____ Số Điện Thoại ()					
Con tôi có thể vào mạng điện toán để học chương trình học hiện thời/học hè. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Để đáp ứng nhu cầu của học sinh hiệu quả hơn, vui lòng cho biết con em quý vị có thuộc Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, quý vị có cho phép BGCGG được thu thập những chi tiết liên quan đến IEP của GGUSD không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Con em quý vị có thể được chụp hình hoặc quay phim với mục đích quảng bá và huấn luyện. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					

Chi Tiết về Người Chăm Sóc Học Sinh/Phụ Huynh #1:					
Họ		Tên		Chữ đầu của Tên Đệm	
Địa Chỉ		Chung cư #		Thành Phố	
Địa chỉ E-mail		Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)		Phái Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Điện Thoại Nhà ()		Điện Thoại Lưu Động ()		Điện Thoại Sở Làm ()	
Sắc Dân: <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Da Đỏ <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Da Trắng <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/La-Tinh <input type="checkbox"/> Đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Gốc Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Sắc dân khác: _____					
Ngôn Ngữ Chính: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Đại Hàn <input type="checkbox"/> Tiếng khác (vui lòng cho biết)					
Lợi Tức Gia Đình : <input type="checkbox"/> \$0-\$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000-\$54,999 <input type="checkbox"/> \$55,000-\$89,999 <input type="checkbox"/> Hơn \$90,000 Số người trong gia đình (khoanh tròn một): 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Nơi Làm Việc:					
Học Sinh đang sống với ai? <input type="checkbox"/> Cha và Mẹ <input type="checkbox"/> Cha hoặc Mẹ Đơn Thân <input type="checkbox"/> Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Khác _____					
Có bất kỳ lệnh cấm chỉ hoặc án lệnh nào của toà án mà chúng tôi cần biết không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không *Yêu cầu nộp bản sao các án lệnh					
Tôi đã nhận và đọc Sổ Tay Phụ Huynh. Tôi hiểu và sẽ tuân theo những quy định. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					

Chi Tiết về Người Chăm Sóc Học Sinh/Phụ Huynh #2			
Họ	Tên	Chữ đầu của Tên Đệm	
Địa chỉ	Chung Cư #	Thành Phố	Vùng Bưu Chính
Địa chỉ E-mail	Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	Phái Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Điện Thoại Nhà ()	Điện Thoại Lưu Động ()	Điện Thoại Sở Làm ()	
Nơi Làm Việc:			

Chi Tiết Liên Lạc Khi Khẩn Cấp & Cho Phép Đưa Rước Học Sinh: Vui lòng viết tên ít nhất là một người được phép đưa đón học sinh vào phần dưới đây. Những người được phép phải trên 18 tuổi.			
Họ	Tên	Mối Quan Hệ	Số Điện Thoại ()
Họ	Tên	Mối Quan Hệ	Số Điện Thoại ()
Họ	Tên	Mối Quan Hệ	Số Điện Thoại ()
Họ	Tên	Mối Quan Hệ	Số Điện Thoại ()

Tôi xác nhận rằng tôi là phụ huynh/giám hộ hợp pháp của (những) học sinh ghi danh vào Câu Lạc Bộ Thanh Thiếu Niên Garden Grove (BGCGG). Tôi hiểu rằng những người có tên trong mục Chi Tiết Liên Lạc Khi Khẩn Cấp và Cho Phép Đưa Rước được tôi cho phép đưa đón con em tôi. BGCGG chỉ giao con em quý vị cho những người có tên ở mục trên. Tất cả những người được cho phép đưa đón học sinh PHẢI từ 18 tuổi trở lên và phải xuất trình được giấy tờ tùy thân hợp lệ khi đến đón học sinh. BGCGG và GGUSD sẽ không chịu trách nhiệm nếu có bất kỳ em học sinh nào rời bỏ cơ sở mà không được cho phép.

Tôi cho phép con em tôi làm thành viên của Câu Lạc Bộ Thanh Thiếu Niên Garden Grove (BGCGG) và miễn trừ mọi trách nhiệm pháp lý cho Câu Lạc Bộ, Khu Học Chính Garden Grove (GGUSD) và các nhân viên học khu. Tôi cho phép BGCGG chọn bác sĩ và điều trị cho con tôi trong trường hợp khẩn cấp nếu phụ huynh hoặc bác sĩ của con tôi không có mặt.

BGCGG quyết tâm cộng tác với phụ huynh/giám hộ để đáp ứng các nhu cầu của học sinh nhằm bảo đảm sự thành công của con em trong chương trình này. Nếu học sinh có vấn đề về tác phong và hành vi, BGCGG sẽ cùng với phụ huynh và học sinh tìm ra một giải pháp. Nếu BGCGG quyết định rằng học sinh không tuân theo những quy định về hành vi được đặt ra thì sẽ thông báo với phụ huynh và sẽ áp dụng biện pháp kỷ luật học sinh, bao gồm cả việc chấm dứt tư cách thành viên của em.

Để đánh giá hiệu quả của chương trình, con em tôi có thể tham gia vào các sinh hoạt khảo sát. Tôi cũng cho phép Câu Lạc Bộ Thanh Thiếu Niên Garden Grove trao đổi những chi tiết bảo mật về sức khỏe và giáo dục cũng như hồ sơ của con tôi với Câu Lạc Bộ Thanh Thiếu Niên Hoa Kỳ và GGUSD. Tôi đã đọc, hiểu rõ và đồng ý với điều nêu trên.

_____ (Nhân Viên viết tên) đọc/dịch/giúp đỡ điền đơn giùm (Khoanh tròn một)
 _____ trước khi ông/bà ký tên vào đơn.

Ký tên: _____ Viết tên bằng chữ in: _____ Ngày: _____

For Office Use Only		
Enrolled By: _____	Start Date: _____	End Date: _____
Child # 1 SIDN _____	Child # 2 SIDN _____	