

# លិខិតផ្តល់ការអនុញ្ញាតពីមាតាបិតា

សូមបំពេញលិខិតនេះ ហើយប្រគល់ទៅឲ្យ \_\_\_\_\_ (person) នៅឯ  
 \_\_\_\_\_ (organisation) កុំឲ្យហួសពីថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ (date)។

សកម្មភាព: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃទី: \_\_\_\_\_ ពេលវេលា: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ: \_\_\_\_\_

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅ \_\_\_\_\_

យើងអាចផ្តល់អ្នកបកប្រែភាសា បើលោកអ្នកមានបំណងសាកសួរសំណួរណាមួយ ឬ ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់មួយ។

មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ត្រូវបំពេញផ្នែកនេះ	
<b>សូមបំពេញព័ត៌មានដូចតទៅនេះ :</b> ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលលោកអ្នកផ្តល់ឲ្យ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកដទៃដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីលោកអ្នកទេ លុះត្រាតែមានគ្រោះអាសន្ន។	
ឈ្មោះរបស់ជនរ័យក្មេង	
ភេទ	
ថ្ងៃកំណើត	
អាសយដ្ឋាននៃផ្ទះ	
Suburb (សង្កាត់)	
Postcode (លេខប៉ូស្តិកូដ)	
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	
សារព័ត៌មានប្រវត្តិ	
<b>សូមគូសគំនូសបន្តិច បើចាំបាច់</b> <input type="checkbox"/> អាហារ halal <input type="checkbox"/> អាហារអ្នកមិនបរិភោគសាច់ <input type="checkbox"/> តម្រូវការអាហាររាងទៀត _____ <input type="checkbox"/> កន្លែងបន់ស្រន់ <input type="checkbox"/> តម្រូវការផ្សេងទៀតផ្នែកប្រវត្តិ ឬ សាសនា _____	
<b>ការព្យាបាលជំងឺ នៅគ្រោះអាសន្ន</b> បើគ្មានលទ្ធភាពនិយាយជាមួយខ្ញុំទេ ខ្ញុំយល់ស្របឲ្យអ្នកធ្វើការដែលទទួលខុសត្រូវសកម្មភាពនេះ យកកូនខ្ញុំទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ មន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល។ វេជ្ជបណ្ឌិតអាចផ្តល់ការព្យាបាលឬការវះកាត់អ្វីក៏ដោយដែលលោកយល់ថា គឺជាការចាំបាច់។	
ឈ្មោះនៃអ្នកទាក់ទង នៅពេលគ្រោះអាសន្ន	
លេខទូរស័ព្ទទាក់ទង នៅពេលគ្រោះអាសន្ន	
ភាសាដែលចូលចិត្តនិយាយអ្នកទាក់ទង	
អ្នកបកប្រែភាសាដែលត្រូវការដោយអ្នកទាក់ទង	ត្រូវការ                      មិនត្រូវការទេ                      (សូមគូសព័ទ្ធជុំវិញ)
សូមប្រាប់យើងថា តើកូនលោកអ្នកមានបញ្ហាជំងឺ ឬ ប្រតិកម្មទំនាស់ណាមួយ ឬក៏ពុំប្រើថ្នាំពេទ្យណាមួយទេ (សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត)	
លេខ Medicare	
<b>រូបថត</b> ជាញឹកញយ អង្គការរបស់យើងផ្តល់ជូនដល់ក្មេងដើម្បីប្រើនៅក្នុងការផ្សព្វផ្សាយកម្មវិធីរបស់យើង ការបោះផ្សាយ ឬ នៅក្នុងបណ្តាញព័ត៌មាន។	
<b>សូមចង្អុលដាក់ស្នាមមេដៃប្រាំមួយរបស់លោកអ្នក :</b> ខ្ញុំ ផ្តល់                      មិនផ្តល់                      (សូមគូសព័ទ្ធជុំវិញ) ការអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់រូបថតនៃកូនខ្ញុំ សំរាប់គោលបំណងទាំងនេះ។	
ក្នុងភាពជាមាតាបិតា ឬ អាណាព្យាបាល ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យកូនខ្ញុំ / អាណាព្យាបាល ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពខាងលើនេះ ឈ្មោះមាតាបិតា / អាណាព្យាបាល _____ (សរសេរឈ្មោះជាអក្សរធំ) ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល _____ (ហត្ថលេខា)	