



**CHIRP** သို့ အချက်အလက်များထုတ်ပြန်ပေးရန်သဘောတူညီချက်  
(ကလေးသူငယ်များနှင့်ပိုမိုရယ်ကာကွယ်ဆေးစာရင်းသွင်းရေးအစီအစဉ်)  
သူငယ်တန်းနှင့် ခြောက်တန်းကိုဖြန့်ဝေပေးရန်

အင်ဒီယားနာပြည်နယ်ကျန်းမာရေးဌာန၏လိုအပ်ချက်အရ ကျောင်းခရိုင်များသည် တစ်ဦးချင်းစီ၏ကာကွယ်ဆေးအချက်အလက်များကိုပေးခြင်းအားဖြင့်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုကို အစီရင်ခံနိုင်ရန်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်ကလေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်နိုင်ရန်အတွက်သင်၏သဘောတူညီချက်လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ဤသဘောတူညီချက်စာရွက်ပုံစံကိုဖြည့်ပြီးအခြားသော စာရင်းသွင်းထားသောအရာများနှင့်အတူ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ ပေးပါ။

ကျွန်ုပ်သည် ဖို့ဝိန်းကွန်မြူနတီကျောင်းများအား အင်ဒီယားနာပြည်နယ်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ အောက်ပါအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ CHIRP-ကျောင်းသား၏အမည်၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ ကာကွယ်ဆေးမှတ်တမ်းမိဘအုပ်ထိန်းသူ၏အမည်နှင့် အခြားသောသက်ဆိုင်မှတ်တမ်းအချက်အလက်များပါဝင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် သင့်လျော်သော ကာကွယ် ဆေးများကိုရရှိကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်ကိုအကြောင်းကြားရန် (သို့) ကျွန်ုပ်ကလေး၏ကာကွယ်ဆေးအခြေအနေ (သို့) မဖြစ်မနေထိုးရမည့်ကာကွယ်ဆေးအချိန်ဇယားပေါ်မူတည်၍ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန်အချိန်ရောက်လာ ခြင်းစသည်တို့ကိုသိရှိစေရန်အတွက်ဤမှတ်တမ်းအချက်အလက်များကိုအသုံးပြုခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ထားပါသည်။

ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များသည် အခြားခရိုင်ကာကွယ်ဆေးမှတ်တမ်းစာရင်းသွင်းရာတွင်၎င်း၊ ကျန်းမာရေးရာတွင်၎င်း၊ ဒေသဆိုင်ရာကျန်းမာရေးဌာန၊ ကျောင်းသားအသီးသီးတက်ရောက်နေသော မူလတန်းကျောင်း(သို့)အလယ်တန်းကျောင်းများတွင်၎င်း၊ ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးဌာန နှင့်မက်ဒီကိတ်ပေါ်လစီရုံးနှင့်စီမံချက်ရုံး နှင့် မက်ဒီကိတ်ပေါ်လစီရုံးနှင့်စီမံချက်ရုံးကန်ထရိုက်တာတွင်၎င်းရှိနေရမည်ဟုကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ I.C. 16-38-5-3 ပြင်ဆင်တွင် ဤဇယားကိုဖြည့်စွက်မည့်အကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

\_\_\_\_\_ ကလေး၏နာမည်အပြည့်အစုံ \_\_\_\_\_ မွေးသက္ကရာဇ်

\_\_\_\_\_ အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ