

Chương Trình Sau Giờ Học 2018-2019  
Tại Trường Seattle World School



Đơn Đăng Ký

**Student Information**

Họ của học sinh: _____	Tên học sinh: _____	Thẻ học sinh: _____	Lớp: _____ Giới Tính: _____
Địa Chỉ: _____ ( Số , nhà, tên đường) (Thành Phố/Bang/Mã Vùng)			
Ngày Sinh: _____ Tháng Ngày Năm	Số Điện Thoại Học Sinh: _____	Chúng tôi có thể nhắn tin cho bạn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Chủng tộc:</b> <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ, Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người da đen / người Mỹ gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương, Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Đa chủng tộc <input type="checkbox"/> Trắng <input type="checkbox"/> Khác: _____	Bạn đi học trường nào? <input type="checkbox"/> Trường Seattle World School <input type="checkbox"/> Trường trung học Garfield <input type="checkbox"/> Trường trung học Franklin High School <input type="checkbox"/> Khác:  Quốc gia: _____  Ngôn ngữ Nói ở nhà : _____		
Bạn đang đăng ký lớp học nào? 1. _____ 2. _____ 3. _____	Bạn sẽ về nhà bằng cách nào? <input type="checkbox"/> Metro (Tôi biết cách) <input type="checkbox"/> Metro (Tôi KHÔNG biết làm thế nào) <input type="checkbox"/> Đi bộ <input type="checkbox"/> Gia đình Đón <input type="checkbox"/> Lái xe <input type="checkbox"/> Khác		

**Thông Tin Phụ Huynh/ Người Bảo Hộ:**

Please complete both sides  
→→→→

<b>Tên Cha Mẹ/ Người Giám hộ:</b>  _____	<b>Số Điện thoại của Người Giám hộ:</b>  ( _____ ) _____ - _____
<b>Liên lạc khẩn cấp:</b> <input type="checkbox"/> Tương tự như trên <input type="checkbox"/> Nếu khác - Tên : _____ Số Điện thoại: ( _____ ) _____ - _____	

**Chữ ký của người giám hộ / người giám hộ**

<p><b>Giấy phép của người giám hộ / người giám hộ:</b></p> <p>Tôi ủng hộ mong muốn của con tôi trong Chương trình Sau giờ học và cho phép con em tham gia.</p> <p>Chữ ký của phụ huynh / người giám hộ: _____ Ngày: _____</p> <p>Chữ ký của Sinh viên (nếu từ 18 tuổi trở lên): _____ Ngày: _____</p>
<p><b>Phát hành y tế:</b></p> <p>Là phụ huynh / người giám hộ của học sinh này, tôi cho phép và đồng ý với việc y tế, phẫu thuật, chăm sóc bệnh viện, xử lý và thủ tục để được coi là ngay lập tức cần thiết của một bác sĩ để bảo vệ sức khỏe của con tôi nếu tôi không thể liên lạc.</p> <p>Chữ ký của phụ huynh / người giám hộ: _____ Ngày: _____</p> <p>Chữ ký của Sinh viên (nếu từ 18 tuổi trở lên): _____ Ngày: _____</p>
<p><b>Phát hành ảnh:</b></p> <p>Tôi cho phép SWS, VFA, và các tổ chức đối tác chụp ảnh / video và / hoặc xuất bản hình ảnh / video của con tôi cho trang web và các ấn phẩm khác (tài liệu quảng cáo, hiển thị lịch).</p> <p>Vui lòng chọn một:</p> <p><input type="checkbox"/> CÓ, tôi cho phép (ký tên dưới đây)</p> <p><input type="checkbox"/> KHÔNG, tôi không cho phép (không ký)</p> <p>Chữ ký của phụ huynh / người giám hộ: _____ Ngày: _____  <small>Nếu CÓ, ký tên. Nếu KHÔNG, không ký tên.)</small></p> <p>Chữ ký của Sinh viên (nếu từ 18 tuổi trở lên): _____ Ngày: _____</p>

For office use only:

Date of entry: \_\_\_\_\_ VFAID: \_\_\_\_\_

Please complete both sides  
→→→→