

TRƯỜNG VIỆT NGỮ LA HẦU LA – CHÙA AN LẠC

RAHULA VIETNAMESE SCHOOL - AN LAC TEMPLE

5249 E. 30th St. Indianapolis, IN 46218 USA . Fax./Tel. (317) 545 -1234

indyvietnguanlac@yahoo.com . www.anlactemple.org



Photo
Passport
size
1"x2"

ĐƠN XIN NHẬP HỌC ADMISSION APPLICATION

Niên Khóa 201__ (School year 201__)

Họ của Học Sinh : _____ Tên Đệm : _____ Tên : _____
(Student's Last Name) (Middle Name) (First Name)

Ngày Sinh : _____ Tháng : _____ Năm : _____ Tuổi : _____ Nam/Nữ : _____
(Date of Birth) (Month) (Year) (Age) (Male/Female)

Đã học Việt Ngữ Lớp _____ Anh Ngữ Lớp : _____ Xin học Lớp Anh ngữ của người lớn : _____
(Vietnamese class attended) (English class attended) (English class for Adults)

Họ của Phụ Huynh: _____ Tên Đệm : _____ Tên : _____
(Parent's Last Name) (Middle Name) (First Name)

Địa Chỉ: _____ , _____ , IN. _____
(Address)

Điện thoại nhà: (_____) _____ - _____ Phone di động : (_____) _____ - _____ Hộp thư điện tử: _____
(Home Phone) (Cell phone) (E-mail)

Lớp học của các em nhỏ vào sáng Chủ Nhật (10:00 AM – 12:00 PM)
(Session: Sunday Morning 10:00 AM – 12:00 PM)

Lớp học người lớn vào chiều Chủ Nhật (1:00 PM – 3:00 PM)
(Session: Sunday Afternoon 1:00PM- 3:00 PM)

Liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: (Emergency contacts)

1. Tên/Name : _____ Home phone : _____ Cellphone : _____
2. Tên/Name : _____ Home phone : _____ Cellphone : _____

Nghĩa vụ : Ký tên dưới đây, tôi đồng ý cho phép Trường Việt Ngữ La Hầu La - Chùa An Lạc đưa con tôi đến trạm y tế chữa trị trong trường hợp khẩn cấp, nếu không liên lạc được với những số điện thoại nêu trên (Xin xem chi tiết mặt sau). Tôi sẽ chịu trách nhiệm về các phí tổn trong khi chuyên chở, chữa trị cho con tôi. Tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm về những hư hại do con tôi gây ra. Tôi đã đọc, thấu hiểu và chấp nhận các điều lệ của Trường Việt Ngữ La Hầu La.

Obligation: By signing herein after, I agree that Rahula Vietnamese School - Anlac Temple will transport my child to a medical clinic or the same for treatment, if any contact with emergency information is unsuccessful (Please see more details on the other side). I will be responsible for any financial obligation incurred relating to transportation, treatment or the same applicable to my child. I also agree to be responsible for any damages caused by my child. I have read, understood and accepted the rules of Rahula Vietnamese School.

Quyền từ chối trách nhiệm: Chúng tôi, BGH Trường Việt Ngữ La Hầu La – Chùa An Lạc sẽ tận tâm chăm sóc các em đến trường học nhưng hoàn toàn không chịu trách nhiệm về mọi tai nạn, rủi ro xảy ra cho học sinh trong giờ học của nhà trường.

Disclaimer of liability: Rahula Vietnamese School is providing the teaching of Vietnamese language and culture. Rahula Vietnamese School is not responsible to any injuries sustained/incurred during the school hours.

Hãng Bảo Hiểm: _____ Indianapolis, ngày _____ tháng _____ năm _____
(Insurance Company Name) (day) (month) (year)
(Phụ huynh ký tên – Parent's Signature)

Số Bảo Hiểm: _____
(Policy Number)

Ghi Chú : Trường Việt Ngữ La Hầu La tại chùa An Lạc sẽ nhận học sinh không giới hạn tuổi tác, tôn giáo, hay chủng tộc

Note : The Rahula Vietnamese School admits students without discrimination of age, religion and ethnic origin.

Trường Việt Ngữ La Hầu La dạy tiếng Việt và tiếng Anh miễn phí. Tuy nhiên, trường cũng khuyến khích quý phụ huynh, quý đồng hương và đạo tràng Chùa An Lạc tùy hỷ phát tâm ủng hộ tài chánh để nhà trường có kinh phí trang trải. Mọi sự đóng góp của quý vị sẽ được miễn thuế. Chân thành cảm ơn tất cả quý vị.

Rahula Vietnamese School offers free classes Vietnamese and English. But any of your donations are always appreciated and it is always helpful for us to keep the school running...Your donations are tax free.

Chúng tôi xin phát tâm đóng góp: \$ _____ (_____) Cash check # _____

GIẤY CHẤP THUẬN CHO PHÉP CHĂM SÓC CON EM TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Tôi/Chúng tôi ký tên dưới đây là cha/mẹ hay người giám hộ của học sinh có tên ở trang trước, hiện đang ở tuổi vị thành niên, (trong trường hợp khẩn cấp) ủy quyền cho quý vị trong ban điều hành tại trường làm người quản lý ký tên cho phép con em được chụp hình quang tuyến, gây tê/gây mê, hoặc điều trị y khoa, nha khoa hoặc chẩn đoán giải phẫu, hoặc nhập viện, dựa theo lời khuyên và dưới sự trông nom tổng quát hoặc chuyên khoa của quý vị y sĩ hoặc bác sĩ chuyên ngành giải phẫu là những vị hành nghề có giấy phép đúng theo văn bản pháp lý hành nghề y khoa, nếu cần; tùy theo sự chuẩn bệnh và điều trị của y sĩ hoặc nha sĩ nói trên, hoặc ở bệnh viện nêu trên, hoặc ở tại một nơi nào khác trong tình trạng cần đến sự suy xét thận trọng của bác sĩ hoặc nha sĩ để điều trị.

Chúng tôi thừa nhận rằng giấy ủy quyền này trước là để chấp thuận (trong trường hợp khẩn cấp) cho con em được chuẩn bệnh chu đáo, điều trị y khoa hoặc nha khoa, hoặc nhập viện, nhưng nó cũng đồng thời giao thác trọng trách và quyền hạn cho ban quản lý nói trên để chính xác chấp thuận một như tất cả những việc như chuẩn bệnh, nhập viện, điều trị y khoa hoặc nha khoa, dựa theo lời khuyên vận dụng sự suy xét sáng suốt nhất của quý vị y sĩ nêu trên. Giấy phép này được áp dụng theo đúng luật lệ của tiểu bang Indiana.

Giấy ủy quyền này sẽ tiếp tục có hiệu quả đến ngày mãn khóa của năm học trừ khi quý vị trong ban quản lý nêu trên nhận được thư viết xin hủy bỏ trước ngày hết hạn.

Chữ ký của Cha/Mẹ hoặc Người Giám Hộ
(Xin xem trang trước)

EMERGENCY CONSENT FOR MINORS

I/We, the undersigned, parent(s) or guardian(s) of the student mentioned on previous page, a minor, do hereby authorize the adult leader(s) in charge as agents for the undersigned to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical, dental, or surgical diagnosis, care or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is rendered under the general or specific supervision of any physician or surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the medical staff of any accredited hospital, or a licensed dentist, as the case maybe, whether such diagnosis or treatment is rendered at the said physician or dentist or at the said hospital, or elsewhere as circumstances may require in the discretion of the treating physician or dentist.

It is understood that this authorization is given in advance of any specified diagnosis, medical or dental care and hospital care being required, but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, medical, dental, or hospital care which the aforementioned physician, in the exercise of his best judgment, may deem advisable. This Agreement or waiver shall be enforced in accordance with the laws of the State of Indiana.

This authorization shall remain in effect until the end of the semester unless sooner revoked in writing, delivered to the said agent(s).

Signature(s) of Parent(s) or Guardian(s)
(See front page)
