



St Bernadette's Catholic Primary School

2 Willey St
Sunshine North Vic 3020
Ph: 039311 8872
E: principal@stbsunshineth.catholic.edu.au
ABN: 54 744 343 007

CAMP MEDICAL INFORMATION FORM – ADANAC CYC CAMP 2018

ĐƠN THÔNG TIN Y TẾ DÀNH CHO ĐI TRẠI – ADANAC 2018

Please ensure that all information on this form is **current and accurate**, and that your child's **surname** is included on all camp documents.

The due date for all Camp documents is Friday February 23rd, 2018

Xin quý vị hãy bảo đảm rằng tất cả thông tin trên mẫu đơn này là cho hiện nay và **chính xác**, và tên họ của con quý vị đều được có trong mọi hồ sơ ở trại.

Hạn chót nộp tất cả hồ sơ cho Trại là: Thứ Sáu ngày 23 tháng Hai, 2018

Your child's full name:

Tên họ học sinh:

Date of Birth:

Ngày sanh:

Year:

Lớp:

Student's Address

Địa chỉ của Học Sinh

PARENTS' CONTACT DETAILS

CHI TIẾT ĐỂ LIÊN LẠC VỚI PHỤ HUYNH

Father's Name Tên Cha	Work Phone Điện Thoại Chỗ Làm	Home Phone Điện Thoại Nhà	Mobile Số Di Động
Mother's Name Tên Mẹ	Work Phone Điện Thoại Chỗ Làm	Home Phone Điện Thoại Nhà	Mobile Số Di Động

EMERGENCY CONTACT DETAILS

CHI TIẾT LIÊN LẠC KHẨN CẤP

Please provide the names and phone numbers of **TWO** people (other than the parents) who can be contacted on your behalf if an emergency with your child arises on Camp. Please ensure these people are aware that they may be called in an emergency. These people must not have the same phone numbers as each other.

Xin quý vị hãy cung cấp các tên và số điện thoại của HAI người (không phải là cha mẹ của học sinh) thay mặt quý vị để chúng tôi có thể liên lạc trong trường hợp khẩn cấp nếu có điều gì xảy ra cho con quý vị lúc ở Trại. Xin quý vị hãy chắc chắn những người này biết rằng họ sẽ được gọi trong trường hợp khẩn cấp. Những người này phải có số điện thoại khác nhau.

NAME TÊN	PHONE NUMBERS SỐ ĐIỆN THOẠI
1.	
RELATIONSHIP TO STUDENT: MỐI QUAN HỆ VỚI HỌC SINH	
NAME TÊN	PHONE NUMBERS SỐ ĐIỆN THOẠI
2.	
RELATIONSHIP TO STUDENT: MỐI QUAN HỆ VỚI HỌC SINH	

MEDICAL INFORMATION

THÔNG TIN Y TẾ

<u>MEDICARE NUMBER</u> SỐ THẺ Y TẾ	Hospital Insurance Fund (if applicable). Quỹ Bảo Hiểm bệnh viện (Nếu có)	Hospital Insurance Number (if applicable). Số thẻ bảo hiểm bệnh viện (Nếu có)
Ambulance Subscription Number (if applicable) Số Đăng Ký Xe Cứu Thương ((Nếu có))	Doctor's Name Tên Bác Sĩ	Doctor's Phone Number Số điện thoại của Bác Sĩ

ABOUT YOUR CHILD

CHI TIẾT VỀ CON QUÝ VỊ

Is this the first time your child has been away from home? (Please ✓) **Yes** **No**
Đây có phải là lần đầu tiên con quý vị đi xa nhà? (Xin hãy đánh dấu ✓) **Có** **Không**

1. Does your child suffer from any of the following?
Con quý vị có bị những điều sau đây không?

YES (Please ✓)
CÓ (Xin hãy đánh dấu ✓)

NO (Please ✓ - Go to Question 2)
KHÔNG (Xin hãy đánh dấu ✓) – Sang câu hỏi 2).

Travel sickness Bệnh khi đi xe

Sleep Walking Mộng du

Nose Bleeds Chảy máu mũi

Other (Please describe) _____
Điều khác (Xin hãy cho biết) _____

Bed Wetting Đái dầm

Migraines/Headaches Chứng đau nửa đầu/Đau đầu

2. Is your child ALLERGIC to any of the following?
Con quý vị có DỊ ỨNG với bất cứ điều sau đây không?

YES (Please ✓)
CÓ (Xin hãy đánh dấu ✓)

NO (Please ✓ - Go to Question 3)
KHÔNG (Xin hãy đánh dấu ✓ - Sang câu hỏi 3)

Penicillin

Other medicines (List) Các loại thuốc khác (Liệt kê ra)

Foods (List) Thực phẩm (Liệt kê ra)

Insect Bites (List) Côn trùng cắn (Liệt kê ra)

Other (e.g dustmites) (List) Điều khác (thí dụ dustmites)

3. Is your child **ANAPHYLACTIC**?

Con quý vị có bị BỊNH MÃN TÍNH không?

YES (Please ✓)
CÓ (Xin đánh dấu ✓)

NO (Please ✓ - Go to Question 4).
KHÔNG (Xin đánh dấu ✓ - Sang câu hỏi 4).

If, YES, what is your child allergic to?

Nếu, CÓ, con quý vị dị ứng cái gì?

Nuts Các loại đậu

Fish/Shellfish Cá/Sò, ốc

Eggs Trứng

Other (List) Các loại khác (Liệt kê ra)

Does your child require an Epipen?

YES CÓ

Con quý vị có cần dùng Epipen không?

NO KHÔNG

Does the School have a current Anaphylactic Action Plan for your child?

YES CÓ

Trường có Kế Hoạch Hành Động Tính Quá Mẫn hiện thời của con quý vị không?

NO KHÔNG

Your child can only attend camp if the School has a current Action Plan.

Before camp, you MUST ALSO meet with your child's teacher to discuss his or her specific needs.

Con quý vị chỉ được tham dự Trại nếu Trường có Bản Kế Hoạch Hành Động hiện thời.

Trước khi đi trại quý vị CŨNG PHẢI gặp giáo viên phụ trách lớp con quý vị để bàn thảo những nhu cầu thiết yếu của con quý vị.

4. Is your child **ASTHMATIC**?

Con quý vị có bị SUYỄN không?

YES (Please ✓)
CÓ (Xin hãy đánh dấu ✓)

NO (Please ✓ - Go to Question 5).
KHÔNG (Xin hãy đánh dấu ✓ - Sang câu hỏi 5)

If YES, does the School have a current **School** Action Plan for your child?

YES CÓ

Nếu CÓ, Trường có Bản Kế hoạch Hành Động hiện thời của **Trường** cho con trẻ không?

NO KHÔNG

Does the School have a current **Camp** Action Plan for your child?

YES CÓ

Trường có bản Kế Hoạch Hành Động của **Trại** cho con trẻ không?

NO KHÔNG

BOTH of these Action Plans are required prior to Camp or your child will not be able to attend the Camp.

CẢ HAI Bản Kế Hoạch Hành Động này đều cần có trước tiên cho đi Trại hoặc con quý vị sẽ không thể tham gia đi Trại

The asthma pump must be kept with your child at all times. DO NOT pack it in your child's luggage, please.

Con quý vị phải luôn luôn giữ ống xịt thuốc suyễn **XIN ĐỪNG** bỏ thuốc vào trong hành lý của con trẻ.

5. TETANUS: ALL parents are asked to complete this section.

PHONG ĐÒN GÁNH: Yêu cầu **TẤT CẢ CÁC** phụ huynh điền vào phần này..

Year of last Tetanus Immunisation: Năm sau cùng tiêm chủng Phong Đòn Gánh

Tetanus Immunisation is normally given at five years of age (as Triple Antigen or CDT)

Bình thường Tiêm Chủng Phong Đòn Gánh được chích vào lúc năm tuổi (như Triple Antigen hoặc CDT)

YES, on the recommendation of a Medical Practitioner, my child is permitted to receive a Tetanus Booster Vaccination.

CÓ, theo lời khuyên của bác sĩ, con tôi được phép chích ngừa Phong Đòn Gánh.

NO, my child is not to be given a Tetanus Booster Vaccination.

KHÔNG, con tôi không được chích ngừa Phong Đòn Gánh.

6. MEDICATION: ALL parents are asked to read this section about Medication on Camp.

THUỐC MEN: Yêu cầu **TẤT CẢ CÁC** phụ huynh đọc phần này về Thuốc Men ở Trại.

The School cannot administer medication to your child without your written permission and instructions.

Trường không thể cho con quý vị uống thuốc nếu quý vị không viết giấy cho phép và hướng dẫn dùng thuốc.

1. Prescribed medication must include your child's name and the doctor's instructions, and must be in its original packaging.

Thuốc có toa bác sĩ phải có tên con trẻ và chỉ dẫn điều lượng của bác sĩ, và thuốc phải được ở trong bao bì nguyên thủy

2. Over-the-counter medication must be in the original packaging. Please write your child's name on his/her medication.

Thuốc mua không cần toa bác sĩ phải có bao bì nguyên thủy. Xin quý vị hãy viết tên con trẻ trên hộp thuốc của nó.

3. ALL medication is to be handed to your child's teacher.

TẤT CẢ các thuốc men đều phải giao cho giáo viên phụ trách lớp.

4. No medication is to be retained by your child. This poses a threat to your child and to other students.

Con quý vị không được giữ thuốc men. Điều này đặt ra cho con trẻ và các học sinh khác một mối đe dọa.

5. If your child is Asthmatic, he/she must carry an asthma pump at all times.

Nếu con quý vị bị suyễn, con trẻ phải luôn luôn giữ theo mình một ống xịt thuốc suyễn.

I have read Section 6 of the Camp Medical Information Document and will comply with its requirements.

Tôi đã đọc phần 6 của Hồ Sơ Thông tin về thuốc men khi đi trại và sẽ thực hành theo các yêu cầu.

Parent's Name (Please Print)

Tên phụ huynh (Xin viết chữ in) _____

Signature/ Ký tên _____

Date/Ngày _____