 Form ML-1

*Vietnamese*

**ĐƠN ỦY QUYỀN VÀ KHƯỚC TỪ CỦA PHỤ HUYNH**

**PARENTAL AUTHORIZATION AND WAIVER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên Học sinh/Bệnh nhân (Vui lòng viết bằng chữ in hoa): |  | Ngày sinh: |  | / | / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên Phụ huynh/Người giám hộ (Vui lòng viết bằng chữ in hoa): |  | Trường: |  |

Tôi là phụ huynh/người giám hộ của học sinh được đề cập ở trên. Quyền phụ huynh/giám hộ của tôi chưa từng bị chấm dứt hoặc từ bỏ và không có lệnh hay thỏa thuận dàn xếp nào từ tòa án tuyên bố tôi không có quyền truy cập vào những thông tin hay dữ liệu giáo dục này của con mình. Tôi ủy quyền cho Học khu Quận Cobb cho phép nhà cung cấp dịch vụ sau đây tiếp cận con tôi tại trường theo Quy tắc Hành chính ML-R:

|  |  |
| --- | --- |
| Tên Nhà cung cấp/Tổ chức: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Địa chỉ: |  | Số điện thoại: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thành phố: |  | Bang: |  | Mã bưu điện: |  | Fax: |  |

Tôi hiểu rằng nhà cung cấp này đang yêu cầu tôi cho phép thực hiện các dịch vụ sau đây tại trường:

Tôi hiểu và cho phép nhà cung cấp ở một mình với con tôi khi thực hiện các dịch vụ này. Tôi hiểu rằng nhân viên của Học khu không chịu trách nhiệm giám sát hoặc xác định loại hình và mức độ dịch vụ được cung cấp cho học sinh. Tôi hiểu rằng con tôi có thể bỏ lỡ buổi giảng dạy và các dịch vụ đặc biệt trong thời gian nhà cung cấp này đến thăm và **Học khu có thể không bù lại các hoạt động và dịch vụ giảng dạy này.** Tôi hiểu rằng trách nhiệm của tôi là đảm bảo nhà cung cấp hẹn với học sinh vào những ngày và khung giờ thích hợp nhất. Tôi hiểu rằng Học khu có thể chấm dứt hoặc hạn chế quyền ra vào khuôn viên trường của nhà cung cấp bất cứ lúc nào.

Phụ huynh/người giám hộ với tư cách bản thân và đồng thời thay mặt cho học sinh, xin khước từ mọi khiếu nại chống lại bất kỳ tình nguyện viên, nhân viên hay đại diện của Học khu Quận Cobb hoặc Hội đồng Giáo dục Quận Cobb ở thời điểm hiện tại, trước đây hoặc trong tương lai, cũng như miễn trừ họ khỏi tất cả khiếu nại, yêu cầu, kiện cáo, trách nhiệm pháp lý và tổn thất (bao gồm cả phí luật sư), dù đã biết hay chưa biết, về mọi vấn đề phát sinh hoặc liên quan đến việc cung cấp dịch vụ của bất cứ nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc giáo dục nào. Việc khước từ và miễn trừ này bao gồm nhưng không giới hạn ở các khiếu nại phát sinh từ toàn bộ hiến pháp, đạo luật, pháp lệnh, quy định của liên bang, tiểu bang và địa phương, bao gồm nhưng không giới hạn ở Đạo luật Giáo dục Người khuyết tật (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) và Mục 504 của Đạo luật Phục hồi năm 1973.

|  |  |
| --- | --- |
| **VUI LÒNG CÔNG CHỨNG**  Đã tuyên thệ và ký tên trước mặt tôi vào ngày\_\_\_\_\_\_tháng\_\_\_\_\_\_\_ năm 20\_\_\_.  Công chứng viên:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tên Phụ huynh/Người giám hộ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Vui lòng viết bằng chữ in hoa)  Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |