

Student Information/ ບັກສິກສາ

Date/ວັນທີ: _____

Student's Name/ ຊື່, ນາມສະກຸນ: _____

DOB/ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

Street Address/ ທີ່ຢູ່: _____

City/ ເມືອງ: _____ State/ ລັດ: _____

Zip/ ລະຫັດເຂດ: _____

Phone (Home) ເບີໂທລະສັບ ບ້ານ: _____

Phone (Cell) ເບີໂທລະສັບ ມືຖື _____

Grade/ ຫ້ອງຮຽນ: _____

Parent's/Guardian Information/ ພໍ່ແມ່

Parent/Guardian Name (ຊື່ ພໍ່ແມ່): _____

Street Address/ ທີ່ຢູ່: _____

City/ ເມືອງ: _____ State/ລັດ: _____ Zip ລະຫັດເຂດ: _____

Parent/Guardian E-mail ອີເມວ: _____

Phone (Cell) ເບີໂທລະສັບ ມືຖື: _____

Health/Medical Information:

My child has Allergies: _____ Yes _____ No

My child allergic to the following: _____

Physician's Information: _____

Physician Name: _____