



မိဘ၊အုပ်ထိန်းသူ၊သို့မဟုတ် တာဝန်ခံသူအား ကလေး နှင့်အတူစစ်ဆေးမေးမြန်းသည့် အကြောင်းကြားခြင်း
NOTICE TO PARENT, GUARDIAN, OR CUSTODIAN OF INTERVIEW WITH CHILD

ပြည်နယ်မေဇင်အမှတ် 54537 (4-11) / CW 2129
 ကလေးလုပ်ငန်းများဌာန

သို့- _____ _____ _____	ရက်စွဲ (လာနေ့၊နံနက်) _____ အချိန်နာရီ _____ <input type="checkbox"/> မနက် <input type="checkbox"/> ညနေ
-------------------------------	---

သင်၏ကလေး (ကလေးနာမည်) _____ ကို _____ (ရက်စွဲ) မနက်/ညနေ
 _____ (နာရီ)တွင်
 _____ ကောင်တီကလေးလုပ်ငန်းများ

ဌာနမှမိသားစုဆိုင်ရာကက်စ်မန်နေဂျာက (နေရာ) _____ တွင် စစ်ဆေးမေးမြန်းသည့်အကြောင်း
 ဤကဲ့သို့ သင့်ကို အကြောင်း ကြားလိုက်ပါသည်။ သင့်ကလေးသည် အနိုင်ပြုကျင့်ခြင်းသို့မဟုတ် လစ်လျူ ရှုခြင်းကိုခံရသည်၊သို့မဟုတ်
 ကလေးအနိုင်ပြုကျင့်ခြင်း သို့မဟုတ်လစ်လျူရှုခြင်းကို ပြုလုပ်သည်၊ သို့မဟုတ်အခြား ကလေးအနိုင်ပြုကျင့်ခြင်း သို့မဟုတ် လစ်လျူရှုကြောင်း
 သက်သေ ရှိသည်ဟုတိုင်ကြားချက် ရရှိသည့်အတွက် ဤကဲ့သို့မေးမြန်းခြင်းကိုပြုလုပ်ရခြင်းဖြစ်ပါသည်။

(အောက်ပါဖြစ်ရပ်များမှတစ်ခုခုကိုရွေးချယ်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။)

အင်တာဗျူးမတိုင်ခင်သင်၏သဘောတူညီချက်ရယူရန် နှင့်အင်တာဗျူးအပြီးတွင်လည်းဤအရေးယူချက်ပြောကြား
 သို့သင့်ကိုကြီးစားဆက်သွယ်သော်လည်းမအောင်မြင်ပါ။

သို့မဟုတ်

တိုင်တန်းစာပြင်းထန်လှသည့်အတွက် ဤကလေးငယ် သို့မဟုတ်အခြားကလေး၏ တိုက်ရိုက်လုံခြုံမှုရှိမရှိ
 သေချာရအောင်ကလေးလုပ်ငန်းများဌာနသည် အင်ဒီယားနားကလေးသူငယ်ဥပဒေပုဒ်မ IC ၃၁-၃၃-၈-၁ နှင့် IC ၃၁-၃၃-၈-၆ အရ
 ဤကလေးကို စစ်ဆေး မေးမြန်းရခြင်းဖြစ်ပါသည်။ အခြေအနေဖြစ်ရပ်များနှင့်လိုအပ်သလိုဆောင်ရွက်စရာများ အကြောင်းပြောကြားရန်
 အင်တာဗျူးမတိုင်ခင် သင့်ကို ကျွန်တော်တို့ ဆက်သွယ်၍မရခဲ့ပါ။

မိသားစုဆိုင်ရာကက်စ်မန်နေဂျာအနေဖြင့် ကျွန်တော်သည် သင့်ကို အမြန်နိုင်ဆုံး စကားပြောရန် လိုအပ်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ (ဖုန်းနံပါတ်) (_____) _____ ကိုနှိပ်ပြီး _____ (နေ့)၊ _____ (ရက်စွဲ)၊
 မနက်/ညနေ _____ (နာရီ)တွင် ကျွန်တော်တို့ ခေါ်ပါ။

ကျေးဇူးပြု၍ ကလေးလုပ်ငန်းများဌာနရှိကျွန်တော်ရုံးခန်းသို့ _____ (နေ့)၊ _____ (ရက်စွဲ)၊
 မနက်/ညနေ _____ (နာရီ)တွင် လာခဲ့ပါ။

ရုံးဌာနလိပ်စာသည် - _____

မိသားစုဆိုင်ရာကက်စ်မန်နေဂျာ၏နာမည် (ကျေးဇူးပြုပြီး စာလုံးပေါင်းဖြင့်ရေးပါ)	
မိသားစုဆိုင်ရာကက်စ်မန်နေဂျာ၏ ထိုးမြီလက်မှတ်	ကောင်တီကလေးလုပ်ငန်းများဌာန