

**Assent Form
Delayed Intervention
School-Based Nutrition Education Program**

For the next two years, your school will be part of an exciting project about healthy eating and physical activity.

As part of the program we want to learn about what you eat and how active you are. We also want to learn how tall you are and how much you weigh. Once a year in 2003, 2004 and 2005, people working on the project will come and ask you some questions and weigh and measure you. Everything that you tell them and that they learn will be kept a secret.

In two years (2005), your school will have the opportunity to participate in a program about healthy eating and physical activity. Your teachers will bring new materials to your classrooms. There will also be other fun activities in the school.

Please make sure that you understand this program. Ask questions if there is anything you don't understand or that worries you.

If you agree to have people ask you questions, weigh and measure you once a year, as part of the program, please sign below.

**ពាក្យកិច្ចព្រមព្រៀង
អន្តរាគមន៍ដែលគេពន្យារពេល
កម្មវិធីសិក្សាអំពីចំណីអាហារជាមូលដ្ឋានរបស់សាលារៀន**

នៅពីរឆ្នាំក្រោយ សាលារៀនរបស់លោកអ្នកនឹងជាភាគមួយនៃផែនការណ៍ដែលកំពុងមានអំពីការញ្ចាំចំណីដែលជួយសុខភាព ហើយនិងសកម្មភាពជំនួយរាងកាយ ។

ជាភាគមួយនៃកម្មវិធី យើងចង់ដឹងអំពីអ្វីដែលអ្នកញ្ចាំ ហើយនិងថា តើអ្នកសកម្មយ៉ាងណាដែរ ។ យើងក៏ចង់ដឹងថា តើអ្នកមានកំពស់ប៉ុណ្ណា ហើយនិងតើអ្នកមានទម្ងន់ប៉ុន្មាន ។ ក្នុងមួយឆ្នាំម្តង នៅឆ្នាំ២០០៣ ២០០៤ និង២០០៥ មនុស្សដែលធ្វើការតាមផែនការណ៍នឹងមកសួរអ្នកនូវសំណួរខ្លះ ហើយនឹងប្តូរនិងវាស់កំពស់របស់អ្នក ។ អ្វីទាំងអស់ដែលអ្នកប្រាប់គេដែលគេដឹងនឹងត្រូវគេរក្សាទុកជាសម្ងាត់ ។

ក្នុងពេលពីរឆ្នាំ (២០០៤) សាលារៀនរបស់អ្នកនឹងមានឱកាសចូលរួមក្នុងកម្មវិធីអំពីការញ្ចាំចំណីដែលជួយសុខភាព ហើយនិងសកម្មភាពជំនួយរាងកាយ ។ គ្រូរបស់អ្នកនឹងនាំយកក្រដាសស្នាមថ្មីទៅកាន់សាលារៀនរបស់អ្នក ។ នឹងមានសកម្មភាពកំសាន្តសប្បាយដទៃទៀតផងដែរនៅក្នុងសាលារៀន ។

សូមធ្វើឲ្យប្រាកដថាអ្នកយល់អំពីកម្មវិធីនេះ ។ ចូរសួរនាំបើមានអ្វីមួយដែលអ្នកមិនយល់ ឬដែលធ្វើឲ្យអ្នកព្រួយបារម្ភ ។

បើអ្នកយល់ស្របឲ្យមនុស្សមកសាកសួរអ្នក ប្តឹងនិងវាស់អ្នកម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ជាភាគមួយនៃកម្មវិធី សូមចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម ។

ឈ្មោះរបស់សិស្ស	ហត្ថលេខារបស់សិស្ស	ថ្ងៃខែ/ម៉ោង
Jackie McLaughlin, M.S., R.D.	ហត្ថលេខារបស់ Jackie McLaughlin, M.S., R.D.	ថ្ងៃខែ/ម៉ោង