



로스앤젤레스 통합교육구 학생 비상 연락 정보서

KOREAN

학부모에게 알람: 전체 내용을 작성한 후 지정된 곳에 서명하십시오. 비상 상황시, 교육구 방침에 따라 안전을 위해 학생을 학교의 보호 하에 둘 수 있으며, 학생을 내보낼 때 이 서류의 정보를 이용할 것입니다. 전자상으로 작성하거나 정자로 잘기입하여 학교로 보내주십시오.

학생의 성		이름		M.I.		
생년월일		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	학년	모국어		
학생 집 주소- 도로 번호		도로명		APT #	시	우편번호
우편물 주소-- 도로 번호 (위의 주소와 다를 경우)		도로명		APT #	시	우편번호
부모/법적 보호자의 성		이름		학생과의 관계		함께 살고있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
직장 주소-- 도로 번호		도로명		시		우편번호
연락 전화번호		상황에 따라 원하는 전화 종류:*			이메일 주소:	
집	비상 상황		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
휴대폰	결석		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
직장	일반 정보		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
문자	<input type="checkbox"/> 본인은 문자 메시지를 허락하며, 모든 문자 관련 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다.					
부모/법적 보호자의 성		이름		학생과의 관계		함께 살고있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
직장 주소-- 도로 번호		도로명		시		우편번호
연락 전화번호		상황에 따라 원하는 전화 종류:*			이메일 주소:	
집	비상 상황		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
휴대폰	결석		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
직장	일반 정보		<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰	<input type="checkbox"/> 직장	
문자	<input type="checkbox"/> 본인은 문자 메시지를 허락하며, 모든 문자 관련 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다.					
교장선생님께: 비상시 본인에게 연락이 닿지 않을 때, 필요한 경우에는 다음 분들에게 연락을 취하여 자녀를 데려가는 것을 허락합니다.						
성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호		
성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호		
성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호		
이 학교에 재학하는 다른 가족원:						
성	이름	홈	학년	관계		
성	이름	홈	학년	관계		
군대와 관련된 패밀리: 군대와 관련된 학생 및 그 가족에게 여러 자원과 지원을 제공하기 위함입니다. 다음에 답해주시시오:		군대와 관련된 직계 가족(현역, 방위군, 예비군, 제향 군인): <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		현역으로 투입: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
		학생과의 관계: _____		군사 기지: _____		
				신분: <input type="checkbox"/> 현역; <input type="checkbox"/> 방위군; <input type="checkbox"/> 예비군; <input type="checkbox"/> 제향 군인; <input type="checkbox"/> 사망		
비상 시 의료 치료 허락서						
아래 서명한 미성년자의 부모/법적 보호자는 _____ 미성년자, (학생의 성명을 이곳에 적으십시오)						
해당 학생을 돌보는 책임을 있는 교장이나 교장 대리인에게 다음을 허락하는 바, 공인 의사 그리고/또는 치과 의사의 조언에 의해 이루어진 조치들 즉, 엑스레이 검진, 마취, 의료 또는 수술 진단, 치료 그리고/또는 병원 치료에 동의하며 이를 허락한다. 이런 허락 위임서는 요구되는 진단, 치료 또는 병원 치료에 있기 전 사전에 주어져서, 공인 의사나 치과 의사가 필요하다고 생각되는 모든 진단, 치료 또는 병원 치료에 대한 동의를 명시함으로써 로스앤젤레스 통합교육구("교육구")에 그 위임권을 주는 것으로 이해된다. 본 허락 위임서는 캘리포니아 교육법 제 49407 항에 의한 것이며, 취소 내용이 서면으로 작성되어 교육구에 도착할 때까지 그 효력이 유효하다. 교육구, 해당 교직원과 교육구 고용인은 학생을 옮기는 것과 관련된 어떠한 성질의 책임도 지지 않음을 본인은 이해합니다. 더불어, 구급차, 입원 그리고 검진, 엑스레이 또는 검진 비용은 학생의 부모/보호자의 단독 책임임을 본인은 이해한다.						
건강 경고 - 특별한 주의가 필요하거나 신체 활동을 제한하는 의료 상태를 명시하고, 천식 그리고 땅콩이나 벌에 쏘여서 발생할 수 있는 알러지도 포함시키십시오. 해당 사항이 없다면 "없음"이라고 표기하십시오.						
학생은 의료보험이 있습니까?(한 곳에 표시하십시오)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오*		"예"라고 답한 경우: <input type="checkbox"/> 사실 의료 보험		
		<input type="checkbox"/> 메디칼 <input type="checkbox"/> 헬스 패밀리				
메디칼/헬스 패밀리 신분증 번호:						
1. 사실 의료 보험	그룹 번호	2. 사실 의료 보험 (의료 보험이 하나 이상인 경우)	그룹 번호			
의사 성함/진료실		의사 성함/진료실 전화번호				
*해당 학생이 의료 보험이 없는 경우, 교육구 무료전화 HELPLINE 1(866)742-2273 에 연락하여 무료 또는 저렴한 비용의 의료 보험 정보를 받을 수 있습니다.						
본인의 자녀는 다음 약에 알리지가 있습니다:						
본인의 자녀는 현재 다음의 약을 복용하고 있습니다:						
본인은 본 서식을 읽고 이해했으며 응급 의료 치료를 허락하며, 본 서식에 기입한 정보는 진실이며 정확함을 확약합니다.						
X						
서명: _____ (한 곳에 명시하십시오)		<input type="checkbox"/> 학부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자		양육제공자 (선서 진술서)		

* (교원번호)가 아닌 직통 번호여야 합니다

학생의 성

이름

주간 이름이니