



로스앤젤레스 통합교육구 학생 비상 연락 정보서

한국어

학부모에게 알림: 전체 내용을 작성한 후 지정된 곳에 서명하십시오. 비상 상황시, 교육구 방침에 따라 안전을 위해 학생을 학교의 보호 하에 둘 수 있으며, 학생을 내보낼 때 이서류의 정보를 이용할 것입니다. 전자상으로 작성하거나 정자로 잘 기입하여 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		
우편물 주소- 도로 번호 (위의 주소와 다를 경우)		도로명		APT #		시		
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				
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				
교장선생님께: 비상시 본인에게 연락이 닿지 않을 때, 필요한 경우에는 다음 분들에게 연락을 취하여 자녀를 데려가는 것을 허락합니다:								
성명		관계		집 전화번호		휴대폰		
성명		관계		집 전화번호		휴대폰		
성명		관계		집 전화번호		휴대폰		
이 학교에 재학하는 다른 가족원:								
성		이름		휴름		학년		
성		이름		휴름		학년		
비상 시 의료 치료 허락서								
아래 서명한 미성년자의 부모/법적 보호자는 _____ 미성년자, <small>(학생의 성명을 이곳에 적으십시오)</small>								
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 치료가 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 주의를 필요하거나 신체 활동을 제한하는 의료 상태를 명시하고, 천식 그리고 땅콩이나 벌에 쏘여서 발생할 수 있는 알려지도 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"/> 헬씨 패밀리								
메디칼/헬씨 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 알려지가 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		나표						
서명:		(한 곳에 명시하십시오)		<input type="checkbox"/> 학부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자				

* (교환번호)가 아닌 직통 번호여야 합니다

아
요
이
요

이
패

아
간
이
패