



학생 비상 연락정보

(고등학생용)

MCPS Form 565-1A
August 2008
1/2쪽
Korean

Office of the Deputy Superintendent of Schools
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

주소가 변경될 경우, 컴퓨터에의 개인 정보 갱신을 위해 새 주소를 증명하는 서류를 첨부해야 합니다.
이 절차에 필요한 서류에 대해서는 자녀 학교에 확인하십시오.

학생 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		학생번호/STUDENT ID		학년 GRADE	부 SECTION	담임 교사 HOMEROOM TEACHER
집 전화번호 HOME PHONE	생년월일 DATE OF BIRTH	성별 GENDER	버스 번호 BUS NO.	양육에 대한 우려점이 있습니다/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> 아니오/NO <input type="checkbox"/> 예/YES (예의 경우는 학교에 연락하십시오)		YRBSS (뒷면을 보십시오) <input type="checkbox"/> 참여를 원치 않음 May not participate
집 주소 HOME ADDRESS		추가 주소 ADDITIONAL MAILING ADDRESS		집에서 사용하는 언어 LANGUAGE SPOKEN AT HOME	11-12학년용 <input type="checkbox"/> 징병모집기관에 학생의 연락처를 알리지 마십시오. Do not release to military recruiters	
책임줄 수 있는 성인의 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			책임줄 수 있는 성인의 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
직장 전화번호(내선번호): WORK PHONE (EXT):		휴대 전화번호: CELL PHONE:		직장 전화번호(내선번호): WORK PHONE (EXT):		휴대 전화번호: CELL PHONE:
이메일 주소/E-MAIL:			이메일 주소/E-MAIL:			
학생과의 관계/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 어머니/MOTHER <input type="checkbox"/> 아버지/FATHER <input type="checkbox"/> 학부모/후견인/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)/OTHER			학생과의 관계/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 어머니/MOTHER <input type="checkbox"/> 아버지/FATHER <input type="checkbox"/> 학부모/후견인/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)/OTHER			
학생의 부모와 연락이 안 될 경우 비상시에 연락할 사람-이름(성, 이름): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY--NAME (LAST, FIRST):						
전화번호 (내선번호): PHONE (EXT.):		휴대 전화번호: CELL PHONE:		이메일 주소: E-MAIL:		
학생과의 관계/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 어머니/MOTHER <input type="checkbox"/> 아버지/FATHER <input type="checkbox"/> 학부모/후견인/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 기타/OTHER						
방과후 학생을 책임질 사람 (성, 이름)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL--NAME (LAST, FIRST)			받아보시기 원하는 언어/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> 영어/ENGLISH <input type="checkbox"/> 중국어/CHINESE <input type="checkbox"/> 불어/FRENCH <input type="checkbox"/> 한국어/KOREAN <input type="checkbox"/> 스페인어/SPANISH <input type="checkbox"/> 베트남어/VIETNAMESE			
주소: ADDRESS:						
전화(내선번호): PHONE (EXT.):		휴대 전화번호: CELL PHONE:		이메일 주소: E-MAIL:		
학생과의 관계/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 어머니/MOTHER <input type="checkbox"/> 아버지/FATHER <input type="checkbox"/> 후견인/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 기타/OTHER						
비상시(필요한 경우), 학부모/후견인과 연락이 될 경우에 한하여 교직원은 학생에게 응급약을 복용하도록 하거나 담당의 또는 병원에 데리고 가게 됩니다. (응급상황에 필요하다고 여겨질 경우 응급 구조반을 요청할 수도 있습니다.)						
담당의사 연락처: (이름) PHYSICIAN CONTACT: (NAME)			담당의사 전화번호: PHYSICIAN PHONE:			
담당 치과의사 연락처: (이름) DENTIST CONTACT: (NAME)			담당 치과의사 전화번호: DENTIST PHONE:			
선호하는 병원: HOSPITAL PREFERENCE:						
알려지 여부-약: ALLERGIES - MEDICATIONS:						
알려지 여부-벌레 쏘인 경우:/ALLERGIES-BEE STINGS: <input type="checkbox"/> 없음/NO <input type="checkbox"/> 있음/YES 추가 정보:						
알려지 여부-기타: ALLERGIES-OTHER:						
현재 복용 중인 처방약: (원할 경우)/CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)						
기타 우려 점: OTHER CONCERNS:						
건강보험/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> 없음/NO <input type="checkbox"/> 있음/YES (있을 경우는 다음 중 하나에 표시해 주십시오) <input type="checkbox"/> 일반/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE (MEDICAL ASSISTANCE 정부의료보조) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS						
응급대처가 필요한 건강상태입니까? <input type="checkbox"/> 아니오/NO <input type="checkbox"/> 예/YES 예의 경우 구체적으로 기재하십시오. DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?						
학교 교직원이 지속적으로 학생에게 복용약을 주어야합니까?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> 아니오/NO <input type="checkbox"/> 예/YES (예의 경우 MCPS 양식 525-13을 기재한 후 학교에 보내십시오)						
학부모/후견인 이름/Printed Parent/Guardian Name			학부모/후견인 서명/Signature of Parent/Guardian		날짜/Date	

Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS: 청소년 위기 행동 감찰 시스템)
설문 결과에 대한 고등학교 학부모/후견인용 정보

이는 Youth Risk Behavior Surveillance System(YRBSS)과 YRBSS 설문조사에 자녀를 참석시키고 싶지 않을 경우에 대한 안내입니다. United States Centers for Disease Control and Prevention은 위험 요소를 측정하고 효과적인 위험 요소 줄이기 프로그램의 관리를 위해 YRBSS를 만들었습니다. 이 설문조사는 헬멧과 안전 벨트의 사용, 우울증과 정신 건강, 담배, 알코올, 기타 약물의 사용과 영양과 운동, 성행동 등 안전에 관한 태도에 대한 위험행동의 가능성을 식별하기 위해 마련되었습니다.

Maryland State Department of Education는 모든 교육구에게 대표성과 통계상의 타당성 있는 설문조사 참가자의 수를 확보하기 위하여 YRBSS 설문조사 시행에 대한 수동적 부모 승락의 형태를 사용하도록 요구하고 있습니다. 2008-2009 학년도에 무작위로 선정된 고등학교에 이 설문지가 적용됩니다. 이 양식 앞부분에 귀하의 자녀가 이 설문 조사 참여를 원치 않는다고 표시하지 않으면, 자녀의 학교가 무작위로 선정될 경우 이 설문조사를 받게 됩니다. 고려하실 때에 다음 사항을 참고하십시오.

- YRBSS 설문조사에의 참여는 지원에 의한 것입니다.
- YRBSS 설문조사 내용은 비공개이자 비밀에 붙여줍니다.
- 작성자의 이름을 설문지에 쓰지 않습니다.

YRBSS에 대한 자세한 설명이나 설문지의 질문은 Centers for Disease Control and Prevention로 연락하십시오. (주소: 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, 전화 번호: 800-232-4636, 웹사이트: www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs)

자녀가 YRBSS 설문조사에 응하는 것을 원치 않을 경우는 서류 앞면의 "YRBSS—참여를 원치 않음"에 표를 하십시오.