



학생 신상 정보 (비상연락용)

(초/중학생)

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

MCPS Form 565-1
August 2008
Korean

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	담당 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)		
집 주소 HOME ADDRESS		추가 주소 ADDITIONAL MAILING ADDRESS		집에서 사용하는 언어 LANGUAGE SPOKEN AT HOME		
책임 줄 수 있는 성인의 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			책임 줄 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-벌에 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	