



신입생/전학생 정보

Office of Shared Accountability, Records Unit
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 560-24
2019년 2월

기재 방법 안내: 해당 학생의 학부모/후견인이 작성하십시오. 모든 MCPS 전학생 및 재입학생은 등록 시 다음 사항을 증명하는 서류를 제출해야 합니다: 몽고메리 카운티 거주증명, 나이증명, 예방접종 증명서(홀리스의 경우는 예외)

학생 정보

출생증명서나 다른 출생을 증명하는 서류와 같아야 합니다.

법적 성 _____ 법적 이름 _____ 법적 미들네임 _____

학생이 불리고 싶어 하는 이름 _____

사회보장번호/소셜번호(의무사항이 아닙니다) _____ - _____ - _____ 생년월일 ____/____/____ 남 여

학교 이름 _____ MCPS 학생번호 _____ 학년 _____

MARYLAND 가정에서 사용하는 언어 설문조사

연방과 주 정부의 요건에 따라 가정에서 사용하는 언어 설문조사를 모든 학생가정에서 사용하는 언어 설문조사는 학생이 영어 학습 보조 서비스가 필요한지를 결정하기 위한 것으로 이민에 관련되어 사용되거나 이민국 등의 기관에 보고되지 않습니다.

만약 아래의 세 질문 중 두 질문에서 영어 이외의 언어가 모국어일 경우, 학생은 영어 학습 보조 서비스 평가시험을 보게 됩니다. 추가적인 요소가 시험 결정에 고려될 수 있습니다.

학생이 처음 말하기 시작했을 때 사용한 언어는 무엇입니까? _____

말할 때나 대화를 나눌 때에 학생이 가장 자주 사용하는 언어는 무엇입니까? _____

집에서는 어떤 언어를 사용합니까? _____

나이 증명—(출생증명) 나이를 증명하는 서류에 표시해 주십시오.

- 출생증명(Birth Certificate) 여권/비자 의료진이 발행한 증명서(Physician's Certificate) 세례 증명서 또는 교회가 발급한 증명서(Baptismal or Church Certification) 병원에서 발급한 증명서(Hospital Certificate) 부모의 선서 진술서(Parent's Affidavit) 출생신고서(Birth Registration)
- 기타 법적 또는 공증받은 증명서(명시할 것) _____

거주 증명

주소 _____ 시 _____

주 _____ 집코드 _____ 이메일 _____

집 전화번호 또는 주 휴대 전화번호 _____

학생 상황(해당될 경우) _____ - _____ - _____

- 홀리스 아동/미동반 청소년(Unaccompanied Youth) (MCPS 335-77, Homeless Status Form를 작성)
- 비공식 친척 양육(Informal Kinship Care) (complete MCPS Form 334-17, Affidavit: 친척 양육(Kinship Care)의 아동작성)
- Maryland 주 Supervised Care(MCPS Form 560-35 Enrollment of Child in Maryland State-Supervised Care and Transfer of Educational Records 작성)

거주증명—MCPS Regulation JEA-RB, 학생 등록(Enrollment of Students) 전학생은 다음 서류의 사본을 준비해야 합니다. (홀리스인 경우 예외)

- 현재 임대 계약서 현재 계약서 만약 오리지널 임대기간이 지난 경우는 임대 계약서의 사본과 현재 내고 있는 공과금 청구서 and current utility bill
- 공동 거주 확인서(Shared Housing Disclosure Form: MCPS서식 335-74)

서면 의사소통 시 희망하는 언어 -영어와 함께 해당 언어로의 정보가 제공됩니다.

- 암하리어 중국어 영어 불어 한국어 스페인어 베트남어

이민 서비스와 특정 시험 면제

이민 서비스 및/또는 특정 시험 면제에 해당 여부를 확인하기 위해서는 다음 정보를 제공해야 합니다.

학생이 미국 외에서 출생하였습니까? 예 아니요 만약 '예'의 경우: 미국 킨더가든부터 12학년에 몇 달간 다녔습니까?

학생이 미국 킨더가든-12학년에 처음 등록한 날짜 학교 처음 다닌 학교 ____/____/____

예방접종

예방접종 증명—MCPS Regulation JEA-RB: 학생 등록(Enrollment of Students), 은 다음 중 하나의 사본이 필요합니다.

- 예방접종기록인, Maryland Department of Health Immunization Certificate 896
- 병원에서 받은 컴퓨터로 작성된 서류 기타 _____

민족성

1. 지정된 민족성 아래의 설명을 읽으시고 학생의 배경에 해당하는 난에 표시하십시오.

학생이 히스패닉 또는 라틴계입니까? (다음 중 하나를 고르십시오.) 예 아니요

쿠바, 멕시코, 푸에르토리코, 남아메리카와 중앙아메리카 또는 스페인 문화나 스페인 출신 배경을 가진 사람은 인종 여부와 관계없이 히스패닉 또는 라틴계로 간주합니다.

2. 인종 학생의 인종 설명에 해당되는 난에 표시하십시오. 민족에 상관없이 최소한 한 종류의 인종란에 표시해야 합니다. 하나 이상에 표시할 수 있습니다. 학생의 인종을 알려주십시오. (다음 중 해당하는 곳에 모두 표시해주세요)

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시안 흑인 또는 아프리카계 미국인 하와이 원주민 또는 그 외의 태평양 섬 주민 백인

전에 다니던 학교 기록

이전에 Montgomery County Public School에 다닌 적이 있습니다. 예 아니요
 '예'라고 답한 경우: 마지막으로 재학한 Montgomery County Public School 학교 _____
 출석일에서 까지 ____/____/____ 최종 ____/____/____ 학년____

마지막으로 재학한 학교 이름과 주소

마지막으로 재학한 날짜 ____/____/____ 최종 학년____ 공립학교 사립학교

학생을 책임지는 성인*

현주소에서 함께 사는 학생을 책임지는 성인 이름: _____ 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 고용인 _____ 전화 #1 ____-____-____ 전화 #2 ____-____-____ 전화 #3 ____-____-____	현주소에서 함께 사는 학생을 책임지는 성인 이름: _____ 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 고용인 _____ 전화 #1 ____-____-____ 전화 #2 ____-____-____ 전화 #3 ____-____-____
---	---

학부모/후견인 이름(위의 '학생을 책임지는 성인'이외의 성인이 있을 경우) _____ 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 주소 _____ 전화번호 ____-____-____	학부모/후견인 이름(위의 '학생을 책임지는 성인'이외의 성인이 있을 경우) _____ 관계: <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 주소 _____ 전화번호 ____-____-____
--	--

* 학생을 책임지는 성인의 법적 신분증(사진이 있는 신분증)과 학생의 관계증명(명시하기)

학생은 현역 군인(상군/폴타임) 육군, 해군, 공군, 해병대, 연안 경비대, 미국 주 방위군 또는 예비군(육군, 미국 주 방위 육군, 해군, 공군, 해병대, 미국 주 방위 공군, 또는 해안 경비대)의 자녀입니까? 예 아니요

형제 자매(이름)	생년월일	현재 재학하는 학교
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

양육권이 없는 부모(해당될 경우)

성명 _____
 주소 _____
 양육에 대한 우려점은? 예 아니요 예의 경우는 학교에 연락합니다.

기타 정보

학생은 개별 교육 프로그램(Individualized Education Program-IEP)이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 504조항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
미국에서는 언어교습 교육 프로그램(Language Instruction Educational Program-LIEP)의 영어 학습자로서 ESOL/ESL/ENL* 교습을 받는 학생입니까? 예의 경우, 미국에서 ESOL/ESL/ENL/LIEP를 시작한 날짜 프로그램을 마쳤다면 마친 날짜는 언제입니까? *ESOL-외국어를 모국어로 하는 학생을 위한 영어 교육(English for Speakers of Other Languages)/ESL-(외국어에서의 영어교육)English as a Second Language)/ENL-새 언어로서의 영어교습(English as a New Language)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
정학을 받은 적이 있습니까? 예의 경우, 학생이 퇴학처분을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 아니요
퇴학처분을 받은 적이 있습니까? 예의 경우, 현재 퇴학처분을 받은 상태입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 아니요
개학 후 전학을 할 경우, 개인신상정보 게재를 유보하겠습니까? 예의 경우, MCPS 연례 학생 신상정보와 학생 사생활 보호 안내(Annual Notice for Directory Information and Student Privacy)를 작성합니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

본인이 본 양식과 첨부서류에 기재한 정보는 정확하며 사실입니다. 거짓정보를 기재 및 제공할 경우 등록이 취소될 수 있음을 잘 알고 이해합니다. 뿐만 아니라 학생이 카운티에 거주하지 않게 될 경우 학교장에게 보고할 의무가 있으며, 이 경우 홈리스가 아닌 한 카운티 비거주 학생의 등록금을 지불할 의무가 있음을 이해합니다. 학생이 IEP가 있을 경우, IEP 팀이 학생배치를 결정해야 함을 이해합니다.

_____ /____/____
 서명, 학부모/후견인/해당될 경우 학생) 날짜



Maryland주 Department of Education 프리킨더가든의 경험

Department of Elementary Curriculum and Districtwide Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 345-17
2019년 2월

기재 방법: Maryland State Department of Education (MSDE)는 Montgomery County Public Schools(MCPS)에 새롭게 등록한 모든 킨더가든 학생의 초기 보육 경험 여부에 관한 정보를 수집하도록 요구하고 있습니다. 다음의 개요를 참고하여 [MCPS Form 560-24](#), 새로운 학생 정보에 해당 정보를 적은 후, 자녀가 등록된 학교에 제출하여 주시기 바랍니다.

학생 이름 (성, 이름) _____ 생년월일 ____/____/____

학교 _____

작년 9월부터 자녀는 어떤 보육 환경에서 대부분의 시간을 보냈습니까?

종일 보육의 경우, 해당 체크 박스에 한 번 체크 표시를 합니다. 반나절 보육의 경우, 해당 체크 박스에 두 번 체크 표시를 하시기 바랍니다.

해당 학교 또는 센터의 이름과 보육자의 이름을 선 위에 적읍시다.

이전 보육형태	사전 보육 학교, 센터, 또는 보육자의 이름	종일 보육	반나절 보육-1	반나절 보육-2
일반(비공식) 보육		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
헤드 스타트(Head Start)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
공립 학교 내 프리킨더가든 (일반 교육 또는 특수 교육)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아동 보육 센터		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족에 의한 아동 보육		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
비공립 보육원		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
킨더가든(재등록)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MSDE가 정의한 초기 보육 경험 항목

일반(비공식) 보육	친척 또는 비친척에 의한 가정 보육.
헤드 스타트 프로그램 (Head Start)	저소득층 가정의 3세에서 5세 사이의 아동을 위한 연방 정부 산하 프리스쿨 프로그램: U.S. Department of Health and Human Services의 재정적 후원과 Maryland Department of Education, Office of Child Care의 인증을 받은 프로그램입니다.
공립학교 내 프리킨더가든	COMAR 13A.06.02 (공립학교 내 일반교육 또는 특수교육)에 따라 MCPS에 의해 관리되고, MSDE에 의해 규제되는 4세 아동을 위한 공립 일반교육 또는 특수교육 프리킨더가든 프로그램.
아동 보육 센터	종일 혹은 일정 시간동안 부모가 맡긴 아동들에게 비주거 시설에서 제공되는 아동 보육. 보육 센터들은 Maryland State Department of Education(산하 Office of Child Care에서 인증을 받습니다.
가족에 의한 아동보육	24시간 미만동안 아동의 주거지가 아닌 기타 주거지에서 부모 외의 보육자가 고용된 상태에서, 13세 미만 아이들에게 제공되는 규제된 아동보육. 가족 아동 보육은 Maryland State Department of Education 산하 Office of Child Care에서 규제합니다.
비공립 유아원 (Nursery Schools)	MSDE에 의해 승인 또는 검증을 받고, 일년에 9개월동안 보통 파트 타임으로 운영되는 2,3,4세 아동들을 대상으로 한 "교육"에 중점을 둔 프리 스쿨 프로그램.



학생 비상연락용 정보

Office of Student and Family Support and Engagement
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1
2019년 2월
1/2

기재 방법: 이 양식의 양면을 작성하여 자녀 학교에 가능한 한 빨리 제출합니다.

학생 이름 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)			학생이 불리고 싶어 하는 이름		
학생번호	학년	부	담임 교사		
전화번호	생년월일	6학년-12학년만 대상 YRBS/YTS(뒷면 참조) <input type="checkbox"/> 참여를 원하지 않음		11-12학년용 <input type="checkbox"/> 질병모집기관에 학생의 연락처를 알리지 마십시오.	
집 주소		집에서 부모님과 대화 시 사용하는 언어-한국어의 경우에 한하여 한국어 정보 및 서비스 제공		어느 언어로의 의사소통을 원하십니까? <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 프랑스어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 앰하릭어	
스쿨버스 루트 번호	양육권 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오(예일 경우에는 학교에 연락)				
학생은 현역 군인(상근/플타임) 육군, 해군, 공군, 해병대, 연안 경비대, 미국 주 방위군 또는 예비군(육군, 미국 주 방위 육군, 미 주 방위 공군, 공군, 해병대, 여안 경비대)의 자녀입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					
위에 기재한 학생의 집주소에서 함께 거주하는 책임있는 성인의 이름 (성, 이름, 미들네임 이니셜) (우선 연락처)			위에 기재한 학생의 집주소에서 함께 거주하는 책임있는 성인의 이름 (성, 이름, 미들네임 이니셜)		
직장 전화번호	휴대전화		직장 전화번호	휴대전화	
이메일			이메일		
학생과의 관계 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)			학생과의 관계 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)		
위에 기재한 학생의 집주소에서 함께 거주하지 않는 책임있는 성인의 이름 (성, 이름, 미들네임 이니셜)			위에 기재한 학생의 집주소에서 함께 거주하지 않는 책임있는 성인의 이름 (성, 이름, 미들네임 이니셜)		
이 성인의 집 주소			이 성인의 집 주소		
직장 전화번호	휴대전화		직장 전화번호	휴대전화	
집 전화번호	이메일		집 전화번호	이메일	
학생과의 관계 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)			학생과의 관계 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로)		
학교 시작 전 학생을 책임지는 사람/ 기관—이름(성, 이름) (위의 사람과 같은 사람이 아닐 경우)					
주소					
집 전화번호	휴대전화		이메일		
직장 전화번호	학생과의 관계(해당할 경우)				
방과후 학생을 책임지는 사람/ 기관—이름(성, 이름) (위의 사람과 같은 사람이 아닐 경우)					
주소					
집 전화번호	휴대전화		이메일		
직장 전화번호	학생과의 관계(해당할 경우)				
비상시 또는 응급상황 연락처: 비상시, 학교는 학부모와 학생이 만나도록 하는 절차(parent/child reunification protocols)를 사용하여 학생을 인계하도록 되어 있습니다. 만약 기재된 책임있는 성인이 연락이 안 될 경우, 학생은 이 분들에게 인계될 수 있습니다.					
비상시 연락처 1: (성 이름)			학생과의 관계		
집 전화번호	휴대전화		직장 전화번호	이메일	
비상시 연락처 2: (성 이름)			학생과의 관계		
집 전화번호	휴대전화		직장 전화번호	이메일	
비상시 연락처 3: (성 이름)			학생과의 관계		
집 전화번호	휴대전화		직장 전화번호	이메일	

의사/자격증이 있는 의료 담당자 이름	의사 /자격증이 있는 의료 담당자 전화번호	
담당 치과의사/치위생사 이름	담당 치과의사/치위생사 전화번호	
선호하는 병원		
건강보험 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (예의 경우 해당하는 곳에 표시) <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> Health Choice (Medical Assistance:정부의료보조) <input type="checkbox"/> Care for Kids		
비상시 필요하다고 생각될 때 그리고 위에 적힌 학생을 책임지는 성인과 연락이 안 될 경우, 교직원은 학생에게 응급약을 복용하도록 하거나 담당의 또는 병원에 데리고 가게 됩니다. (응급상황에 필요하다고 여겨질 경우 응급 구조반이 참여할 수도 있습니다.)		
벌레 쏘일 경우, 알레르기 현상이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (예라고 대답할 경우에는 처치방법, 약 등의 정보를 적으십시오)		
음식 그리고/또는 약에 알레르기가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (예라고 대답할 경우에는 처치방법, 약 등의 정보를 적으십시오)		
그밖의 다른 알레르기가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오(예라고 대답할 경우에는 알러지 종류, 처치방법, 약 등의 정보를 적으십시오)		
학생은 에피네프린 자동 주사를 소지합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오(예라고 대답할 경우에는 MCPS Form 525-14를 작성하여 반드시 학교에 제출해야 합니다)		
학생이 그외의 비상시 약을 소지합니까? (예: 천식흡입기) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오(예라고 대답할 경우에는 MCPS Form 525-13를 작성하여 반드시 학교에 제출해야 합니다)		
학생의 건강상태나 의료사항에 관해 더 나누고 싶은 내용이 있습니까? (예: 천식 또는 호흡계 문제, 당뇨, 간질이나 다른 문제 등) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예일 경우(구체적으로)		
응급대처가 필요한 건강상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만약예일 경우 (구체적으로)		
현재 복용 중인 처방약 (선택적)		
약이나 치료(튜브를 통한 식사, 카테터 삽입)가 학교 직원에 의하여 지속적으로나 매일, 아니면 필요할 때에만 진행됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (예라고 대답할 경우에는 MCPS Form 525-13이나 MCPS Form 525-14를 작성하여 반드시 학교에 제출해야 합니다)		
학부모/후견인 이름	학부모/후견인 서명	날짜

6-12 학생들에게만 해당됨

Maryland 청소년 위험 행동 설문조사와 청소년 흡연 설문조사에 관한 중등학생 학부모/후견인을 위한 정보 및 안내

본 양식의 다음 부분은 Maryland주 청소년 위험 행동/청소년 흡연 설문조사(Maryland Youth Risk Behavior Survey-YRBS/YTS)에 대한 안내와 이 설문조사에 자녀를 참여시키고 싶지 않을 경우, 따라야 하는 절차에 대한 안내입니다.

자녀가 다니는 학교가 Maryland주 교육부(Maryland State Department of Education-MSDE)와 질병통제예방 센터(Centers for Disease Control and Prevention-CDC)의 협력하에 Maryland주 보건 정신 위생부(Maryland Department of Health-MDH)가 주도하는 YRBS/YTS의 일부일 수도 있습니다. 이 설문조사는 헬멧과 안전 벨트 사용 같은 안전행동에 관한 설문조사를 포함하여, 우울증과 정신 건강, 담배, 알코올, 기타 약물의 사용, 영양과 신체 활동, 성행동 등 위험 행동을 식별하기 위하여 질병통제 예방센터에 의해 마련되었습니다.

이 설문조사는 또한, 여러분 자녀의 사생활을 보호하도록 되어 있습니다. 설문조사는 비밀에 부쳐지며 **학생들은 설문조사에 본인의 이름을 적지 않습니다.** 결과 보고서에 학교나 학생의 이름이 언급되지 않습니다.

설문조사는 자의에 의한 것입니다. 자녀가 대답을 하기 불편한 질문은 답을 하지 않아도 됩니다. 여러분의 자녀가 참여하지 않는다 해도 학교나 여러분 그리고 여러분 자녀에게 아무런 조치도 취해지지 않습니다. 뿐만 아니라, 학생들은 아무런 불이익 없이 설문조사 참여를 중단할 수 있습니다.

설문조사 참여자로서 여러분 자녀의 권리에 관한 질문이 있거나 이 설문조사 참여가 자녀에게 해롭다고 여길 경우, 수신자 부담 1-877-878-3935로 전화하셔서 여러분의 성함과 전화 번호를 포함한 메시지를 남겨 주십시오. 가능한 빠른 시간 내에 답신 전화를 드리겠습니다. 설문조사에 관한 자세한 안내는 웹사이트를 보십시오.www.cdc.gov/HealthyYouth/

자녀가 설문조사에 참여하기를 원하지 않을 경우는 (1) 본 양식 전면에 있는 "YRBS/YTS—May Not Participate," 항목에 표시를 하시고 (2) 여러분 자녀의 학생 비상 연락 정보 양식을 학교로 보내 주십시오.

자주 묻는 질문

질문: Maryland 청소년 위험행동/청소년 흡연 설문조사(YRBS/YTS)를 왜 실시합니까?

답: MEH와 MSDE는 YRBS/YTS의 결과를 사용하여 (1)중/고등학생들의 건강을 위협하는 건강관련 위험행동이 시간의 흐름에 따라 어떻게 변화해 왔는지를 파악하여 (2) 주와 지역사회의 노력이 이러한 학생들의 위험행동에 미치는 영향력을 조사하고 (3)학교의 보건정책을 개선하고자 합니다.

질문: 민감한 질문내용이 있습니까?

답: 일부 지역구, 학교 혹은 학부모/보호자에게 일부 질문은 민감하게 생각될 수도 있습니다. 그런 모든 질문은 솔직하고 세심하게 표현되었으며 질병 통제예방 센터(CDC)에 의해 작성되었습니다. 헬멧과 안전 벨트 사용 같은 안전 행동을 포함하여, 우울증과 정신 건강; 담배, 알코올, 기타 약물의 사용, 영양과 신체 활동, 성행동에 관한 주제로 마련되었습니다.

질문: 설문 조사에 학생의 이름이 사용되거나 링크됩니까?

답: 아니오. 이 설문조사는 여러분 자녀의 사생활을 보호하도록 마련되었습니다. 설문조사는 특별히 교육받은 현장 교직원들에 의해서 실시됩니다. 학생들은 설문조사에 본인의 이름을 적지 않습니다 설문조사를 마친 후, 학생들은 설문지를 대형 상자나 봉투에 넣게 됩니다.

질문: 일정 기간 동안 학생들의 행동이 어떻게 변하는지를 추적합니까?

답: 아니오. 어떤 개인 식별 정보도 수집하지 않았기 때문에 참여한 학생들을 추적할 수 없습니다.

질문: 설문조사에 참여할 아이들을 어떻게 선발합니까?

답: 주 전역에서 약 360개 학교 85,000명 학생들이 참여하도록 선발됩니다. 우선 학교들이 무작위로 선발되고 선발된 학교 내에서 학급들이 무작위로 선발됩니다. 선발된 학급의 모든 학생이 참여할 수 있습니다.



치아 건강 양식

Montgomery County Department of Health and Human Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-17
2017년 1월

기재 방법: 학생이 등록할 때, 학교 양호담당 교사가 치아건강을 포함한 학생의 건강 관련 정보를 검토하게 됩니다. 건강상의 문제가 있을 경우, 학교 양호담당 교사는 학생과 학부모님/후견인을 도와 치과를 포함한 적절한 보건기관을 안내합니다.

1부를 작성한 후, 자녀의 치과 또는 치과 위생사에게 이 양식 2부 작성과 서명을 부탁드립니다. 서류를 완성하여 자녀 학교의 양호담당 교사에게 제출합니다.

치과/치과 위생사를 찾는 경우, Maryland State Dental Association 웹사이트(www.msda.com)에서 찾아보십시오. 치과에 갈 수 없을 경우, 자녀 학교의 양호 담당교사에게 문의하십시오.

1부: 학부모/후견인이 작성해야 합니다.

학생 이름	학생번호	
학교 이름	생년월일	학년

2부: To be completed by the Dental office. (2부: 치과에서 작성합니다)

This is to certify that I have examined the teeth of _____

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.

Further recommendations _____

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

서류를 완성하여 자녀 학교의 양호담당 교사에게 제출합니다.

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____
 LAST FIRST MI
 SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE _____/_____/_____
 COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____
 PARENT NAME _____ PHONE NO. _____
 OR
 GUARDIAN ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

RECORD OF IMMUNIZATIONS (See Notes On Other Side)

Vaccines Type													
Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Dose #	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	History of Varicella Disease Mo/Yr
1									1				
2									2				
3										Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr
4										_____	_____	_____	_____
5										_____	_____	_____	_____

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name
Office Address/ Phone Number

1. _____
 Signature Title Date
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
 Signature Title Date

3. _____
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.

This is a: Permanent condition OR Temporary condition until _____/_____/_____
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, _____

Signed: _____ Date _____
 Medical Provider / LHD Official

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: _____ Date: _____

How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.

Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella.**
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient.**
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE BLOOD LEAD TESTING CERTIFICATE

Instructions: Use this form when enrolling a child in child care, pre-kindergarten, kindergarten or first grade. **BOX A** is to be completed by the parent or guardian. **BOX B**, also completed by parent/guardian, is for a child born before January 1, 2015 who does not need a lead test (children must meet all conditions in Box B). **BOX C** should be completed by the health care provider for any child born on or after January 1, 2015, and any child born before January 1, 2015 who does not meet all the conditions in Box B. **BOX D** is for children who are not tested due to religious objection (must be completed by health care provider).

BOX A-Parent/Guardian Completes for Child Enrolling in Child Care, Pre-Kindergarten, Kindergarten, or First Grade

CHILD'S NAME _____ / _____ / _____
LAST FIRST MIDDLE

CHILD'S ADDRESS _____ / _____ / _____
STREET ADDRESS (with Apartment Number) CITY STATE ZIP

SEX: Male Female BIRTHDATE _____ / _____ / _____ PHONE _____

PARENT OR GUARDIAN _____ / _____ / _____
LAST FIRST MIDDLE

BOX B – For a Child Who Does Not Need a Lead Test (Complete and sign if child is NOT enrolled in Medicaid AND the answer to EVERY question below is NO):

Was this child born on or after January 1, 2015? YES NO

Has this child ever lived in one of the areas listed on the back of this form? YES NO

Does this child have any known risks for lead exposure (see questions on reverse of form, and talk with your child's health care provider if you are unsure)? YES NO

If all answers are NO, sign below and return this form to the child care provider or school.

Parent or Guardian Name (Print): _____ Signature: _____ Date: _____

If the answer to ANY of these questions is YES, OR if the child is enrolled in Medicaid, do not sign Box B. Instead, have health care provider complete Box C or Box D.

BOX C – Documentation and Certification of Lead Test Results by Health Care Provider

Test Date	Type (V=venous, C=capillary)	Result (mcg/dL)	Comments

Comments: _____

Person completing form: Health Care Provider/Designee OR School Health Professional/Designee

Provider Name: _____ Signature: _____

Date: _____ Phone: _____

Office Address: _____

BOX D – Bona Fide Religious Beliefs

I am the parent/guardian of the child identified in Box A, above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any blood lead testing of my child.

Parent or Guardian Name (Print): _____ Signature: _____ Date: _____

This part of BOX D must be completed by child's health care provider: Lead risk poisoning risk assessment questionnaire done: YES NO

Provider Name: _____ Signature: _____

Date: _____ Phone: _____

Office Address: _____

HOW TO USE THIS FORM

The documented tests should be the blood lead tests at 12 months and 24 months of age. Two test dates and results are required if the first test was done prior to 24 months of age. If the first test is done after 24 months of age, one test date with result is required. The child's primary health care provider may record the test dates and results directly on this form and certify them by signing or stamping the signature section. A school health professional or designee may transcribe onto this form and certify test dates from any other record that has the authentication of a medical provider, health department, or school. All forms are kept on file with the child's school health record.

At Risk Areas by ZIP Code from the 2004 Targeting Plan (for children born BEFORE January 1, 2015)

<u>Allegany</u>	<u>Baltimore Co. (Continued)</u>	<u>Carroll</u>	<u>Frederick (Continued)</u>	<u>Kent</u>	<u>Prince George's (Continued)</u>	<u>Queen Anne's (Continued)</u>
ALL	21212	21155	21776	21610	20737	21640
	21215	21757	21778	21620	20738	21644
<u>Anne Arundel</u>	21219	21776	21780	21645	20740	21649
20711	21220	21787	21783	21650	20741	21651
20714	21221	21791	21787	21651	20742	21657
20764	21222		21791	21661	20743	21668
20779	21224	<u>Cecil</u>	21798	21667	20746	21670
21060	21227	21913			20748	
21061	21228		<u>Garrett</u>	<u>Montgomery</u>	20752	<u>Somerset</u>
21225	21229	<u>Charles</u>	ALL	20783	20770	ALL
21226	21234	20640		20787	20781	
21402	21236	20658	<u>Harford</u>	20812	20782	<u>St. Mary's</u>
	21237	20662	21001	20815	20783	20606
<u>Baltimore Co.</u>	21239		21010	20816	20784	20626
21027	21244	<u>Dorchester</u>	21034	20818	20785	20628
21052	21250	ALL	21040	20838	20787	20674
21071	21251		21078	20842	20788	20687
21082	21282	<u>Frederick</u>	21082	20868	20790	
21085	21286	20842	21085	20877	20791	<u>Talbot</u>
21093		21701	21130	20901	20792	21612
21111	<u>Baltimore City</u>	21703	21111	20910	20799	21654
21133	ALL	21704	21160	20912	20912	21657
21155		21716	21161	20913	20913	21665
21161	<u>Calvert</u>	21718				21671
21204	20615	21719	<u>Howard</u>	<u>Prince George's</u>	<u>Queen Anne's</u>	21673
21206	20714	21727	20763	20703	21607	21676
21207		21757		20710	21617	
21208	<u>Caroline</u>	21758		20712	21620	<u>Washington</u>
21209	ALL	21762		20722	21623	ALL
21210		21769		20731	21628	
						<u>Wicomico</u>
						ALL
						<u>Worcester</u>
						ALL

Lead Risk Assessment Questionnaire Screening Questions:

1. Lives in or regularly visits a house/building built before 1978 with peeling or chipping paint, recent/ongoing renovation or remodeling?
2. Ever lived outside the United States or recently arrived from a foreign country?
3. Sibling, housemate/playmate being followed or treated for lead poisoning?
4. If born before 1/1/2015, lives in a 2004 "at risk" zip code?
5. Frequently puts things in his/her mouth such as toys, jewelry, or keys, eats non-food items (pica)?
6. Contact with an adult whose job or hobby involves exposure to lead?
7. Lives near an active lead smelter, battery recycling plant, other lead-related industry, or road where soil and dust may be contaminated with lead?
8. Uses products from other countries such as health remedies, spices, or food, or store or serve food in leaded crystal, pottery or pewter.