

에드몬즈 학교 학군에 오신것을 환영합니다. 우리는 현재 2021-22 학교 등록 기간에 새로운 학생의 등록 서류를 받고 있습니다. 이 등록 서류를 작성하시고 요구되는 추가의 서류들을 자녀의 학교에 이 서류와 같이 제출하십시오. 만일 당신의 자녀가 스카이워드 (Skyward) 프로그램인 온라인으로 등록되어 있다면, 이 등록 서류를 작성하지 마십시오. 우리는 당신과 당신의 자녀와 함께하는것을 기대하고 있습니다.

**절차 1:** 아래의 요구되는 서류들을 작성하십시오

☐ P-134 학생 등록 서류

☐ P-135 학생 거주지 증명 서류와 함께 거주지 증명을 같이 첨부하십시오

만일 당신이 거주지 증명 서류를 제출 할 수 없다면 아래의 서류증 하나를 작성하고 이 서류에 같이 첨부하여 제출 하십시오.

- ☐ P-160 학생 하우징 질문조사서 (McKinney -Vento Acteligibility)
- ☐ P-110 거주지 보증서 (학교에 문의하십시오)

☐ HS-534 학생 건강 등록 서류

☐ HS-518 MyIR에서 다운로드 받은 백신 접종기록

- ☐ 만일 당신의 서류가 MyIR에 없을 경우, 백신 접종 인증서를 작성하시고 의학적으로 검증 할 수 있는 백신 접종 기록을 첨부 하십시오

자격 요건이 되는 가족들에게 무료 점심이나 저렴하게 제공되는 음식 프로그램을 등록하기를 권장합니다. 신청서류는 간단하며 비밀이 보장됩니다. 신청서류는 아래에 링크를 클릭하거나, Skyward Family Access, 또는 학교에서 신청 가능합니다.

☐ 무료 점심 또는 저렴하게 제공되는 음식서비스 신청서 (해당 되는 경우에) – 정보는 이곳에서 찾을 수 있습니다

[https://www.edmonds.wednet.edu/departments/food\\_nutrition\\_services](https://www.edmonds.wednet.edu/departments/food_nutrition_services)

(참고: 위에 웹사이트에 주소중 "food" 와 "nutrition" 단어 사이에 언더스코어 \_ 가 3개 붙어 있습니다.)

| 학년 레벨 배당 |                      |        |                      |
|----------|----------------------|--------|----------------------|
| 초등학교     |                      | 중-고등학교 |                      |
| 킨더가든     | 9/1/2015 - 8/31/2016 | 7학년    | 9/1/2008 - 8/31/2009 |
| 1학년      | 9/1/2014 - 8/31/2015 | 8학년    | 9/1/2007 - 8/31/2008 |
| 2학년      | 9/1/2013 - 8/31/2014 | 9학년    | 9/1/2006 - 8/31/2007 |
| 3학년      | 9/1/2012 - 8/31/2013 | 10학년   | 9/1/2005 - 8/31/2006 |
| 4학년      | 9/1/2011 - 8/31/2012 | 11학년   | 9/1/2004 - 8/31/2005 |
| 5학년      | 9/1/2010 - 8/31/2011 | 12학년   | 9/1/2003 - 8/31/2004 |
| 6학년      | 9/1/2009 - 8/31/2010 |        |                      |

**절차 2:** 모든 요구된 추가의 서류들과 함께 이 패킷을 작성하시고 학교에 제출하십시오

학교 관계자는 당신의 서류를 마무리하기 위해 연락할 것이며 그리고 만일 필요하다면, 당신에게 다른 추가 서류들을 제출할 것을 요청할 것입니다. 학교 관계자는 이 서류를 제출 시 당신에게 학교 시작 날짜를 제공할 것입니다. 학생의 학교 시작 날짜는 미비한 서류들로 인하여 지연될 수 있습니다.

**중요한:**

**출생 증명서:**

유치원이과1학년에 입학하는 학생 그리고 미국에 새로 온 학생, 또는 전에 학교 경험이 없는 학생 부모는 학생 나이를 증명할 수 있는 서류를 제출해야 합니다. 생년월일을 보여주는 종교적, 병원 또는 의사 증명 서를 포함하나 국한되어 있는 것이 아닙니다; 입양 서류, 출생 신고서, 전에 증명된 학교 기록; DSHS (보건 사회부) 서류, 법이 허용하는 다른 서류.

**생명을 위협하는 상태, 약, 예방 접종:**

생명을 위협하는 상태 (예, 심각한 알러지, 심각한 천식, 당뇨병, 간질, 기타 등등) 가 있는 학생들은 건강 계획을 필요로 합니다; 상태가 약을 필요로 하는 경우는-당신 학생이 학교 첫날에 등교하는 것을 확실히 하기 위해서는, 계획과 약이 학교가 시작되는 주 2주전 화요일까지 현재에 있어야 합니다.

예방접종은 학생 등교에 필수적 입니다.

다른 추가 질문이 있을 경우, 아래의 곳으로 연락하십시오:

초등학교 - Tara Taitano 425-431-7176 또는 [taitanot742@edmonds.wednet.edu](mailto:taitanot742@edmonds.wednet.edu)

중- 고등학교 - Leslie Anderson 425-431-7094 또는 [andersonl@edmonds.wednet.edu](mailto:andersonl@edmonds.wednet.edu)

거주지 확인 증명서

학생이름: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

에드몬드 학교 교육구에 오신것을 환영합니다. 교육구안에서 거주지 확인을 위해서 아래에 열거한것 중에 한개의 현재 서류를 제출해야 합니다. 서류는 반드시 부모/보호자의 이름과 주소가 기재된 최근 60 일안에 발행된것 이어야 합니다. (P.O Box 번호는 거주지 주소를 받아들여지지 않습니다).

- ☐ 에스스로 서류들, 집용자 서류나 고지서
- ☐ 거주지 보험 고지서
- ☐ 리스/렌트 계약서와 최근 렌트 영수증
- ☐ 가스 또는 전기 요금 고지서
- ☐ 수도 요금 고지서
- ☐ 청소 요금 고지서
- ☐ 유선 텔레비전과 인터넷 요금 고지서
- ☐ 주소가 적힌 유선전화 요금 고지서
- ☐ 학교에서 허락된 다른 서류 \_\_\_\_\_.

만약 당신이 **Washington State Address Confidentiality Program** 속에 있다면, Washington State Address Confidentiality Program 에서 발행한 공인된 서류에 출석 지역 학교에 에드몬드 학교 교육구에 거주지 증명 조건을 충족함을 명시해야합니다. 당신은 매해 마다 새로 발행된 편지를 학교에 제공해야합니다

- ☐ 다음의 사람과 같이 거주를 확인합니다 \_\_\_\_\_, **P-110 Affidavit of Residency Form** 을 반드시 작성해야 하고 서류는 학교에 요청하면 이용할수 있습니다.

만약 당신이 위에 열거한 것중 어떠한것도 준비할수 없다면 반드시 학교에 연락해서 당신의 상황을 의논하고 다음의 절차를 상의 야합니다.

아래에 같은 주소로 에드몬드 학교 교육구에 속한 같은 학교에 다니는 추가 학생들의 이름을 적으십시오. 한장의 서류가 당신의 학생(들)이 다니게 될 학교에 필수로 작성되어야 합니다.

학생: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_

학생: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_

학생: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_

학생: \_\_\_\_\_ 학교: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_

나는 위에 열거한 학생(들)이 이 등록 패킷과 함께 첨부된 위의 한가지 서류에 있는 주소지에 거주하고 있음을 확인합니다. 나는 주소 변경시에 학교에 2주안에 알릴것이며 새로운 주소 증명을 제공하고 주소 증명 서류에 싸인을 다시 할것을 동의 합니다. 만약 내가 학교 학군의 지역밖으로 이주할 경우, 학생이 학교에 계속 출석할수 있도록 요청하기 위하여 교차 학군 (inter-district) 출석 공개를 작성해야 함을 알고 있습니다.

어떠한 정보나 주소 증명을 위한 서류에 위조가 있거나 또는, 이 주소에 실제 거주 하지 않는 다른 사람을 위해 사용할시에 학생의 에드몬드 학교 교육구에 등록이 취소될수 있습니다. (참조 Policy 3131).

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address**

**Parent wishes for student(s) to stay at current school through:**

- ☐ End of school year. Student will be withdrawn after the last day of school in June. New school: \_\_\_\_\_
- ☐ Continue to attend and remain in the current school path until student graduates or is withdrawn.

School: Email a copy of this form to Tara Taitano (elementary) or Leslie Anderson (secondary) if their new address assigns



**Complete this form ONLY IF your housing situation is transitional or unstable.**  
**If you own, rent, or lease your home, please DO NOT complete this form.**

**Completa este formulario SOLAMENTE SI su situación de vivienda es transitoria o inestable.**  
**Si es propietario, alquila o arrienda su hogar, NO complete este formulario.**

**Điền vào mẫu này CHỈ KHI tình trạng nhà ở của bạn là chuyển tiếp hoặc không ổn định.**  
**Nếu bạn đang sở hữu, thuê hoặc cho thuê nhà, vui lòng KHÔNG điền vào mẫu này.**

”برجاء ملئ هذا النموذج فقط إذا كان وضعك السكني انتقالي أو غير مستقر.

اما إذا كنت مالك منزل أو تاجر أو مستأجر، فيرجى عدم ملئ هذا النموذج“

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Please see reverse side for more information.)

If you do not own/rent your own home, please check all that apply below. (Return this form to your school. If you need assistance, please contact the District Homeless Liaison (contact information can be found at the bottom of the page).

- ☐ In a motel
- ☐ In a shelter
- ☐ Moving from place to place/couch surfing
- ☐ In someone else's house or apartment with another family
- ☐ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.)
- ☐ A car, park, campsite, or similar location
- ☐ Transitional Housing
- ☐ Other \_\_\_\_\_

|            |        |                |                                                         |
|------------|--------|----------------|---------------------------------------------------------|
| Student 1: | Grade: | Birthdate: / / | Gender: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F |
| Student 2: | Grade: | Birthdate: / / | Gender: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F |
| Student 3: | Grade: | Birthdate: / / | Gender: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F |
| Student 4: | Grade: | Birthdate: / / | Gender: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F |

Name of school(s): \_\_\_\_\_

- ☐ Student is unaccompanied (not living with a parent or legal guardian)
- ☐ Student is living with a parent or legal guardian

Students require transportation to/from school: ☐ Yes ☐ No

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: \_\_\_\_\_

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: \_\_\_\_\_ NAME OF CONTACT: \_\_\_\_\_

Print name of parent(s)/legal guardian(s): \_\_\_\_\_  
(Or unaccompanied youth)

\*Signature of parent/legal guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Or unaccompanied youth)

\*I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

**Please return completed form to your school. School will scan info to the District Homeless Liaison**

**For District Homeless Liaison Only:** For data collection purposes and student information system coding

- ☐ (N) Not Homeless
- ☐ (A) Shelters
- ☐ (B) Doubled-Up
- ☐ (C) Unsheltered
- ☐ (D) Hotels/Motels
- ☐ (E) Unaccompanied Youth

**McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435**  
**SEC. 725. DEFINITIONS.**

For purposes of this subtitle:

(1) The terms enroll' and enrollment' include attending classes and participating fully in school activities.

(2) The term homeless children and youths' —

(A) means individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and

(B) includes —

(i) children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;

(ii) children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));

(iii) children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and

(iv) migratory children (as such term is defined in section 1309 of the Elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).

(6) The term unaccompanied youth' includes a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

**Additional Resources**

Parent information and resources can be found at the following:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

For Office Use Only

Received:

Time:

학교 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

학생 정보

법적 성 (라스트네임) \_\_\_\_\_ 법적 이름 (퍼스트네임): \_\_\_\_\_ 법적 미들네임 \_\_\_\_\_  
 닉네임 \_\_\_\_\_ 전에 사용했던 이름 \_\_\_\_\_ 학생 핸드폰 \_\_\_\_\_  
 성별: ☐ 남 ☐ 여 ☐ 무 올라갈 학년: \_\_\_\_\_ 생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 이 학생은 에드몬즈 학교 학군에서 한번이라도 등록한 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 다녔던 학교이름: \_\_\_\_\_  
 이 학생은 에드몬즈 학교 학군에 등록된 상태에서 동시에 다른 학교를 다닐 계획인가요? ☐ 예 ☐ 아니요  
 만일 그렇다면, 어느 학교에 등록할 예정인가요? \_\_\_\_\_

가족 사항

**주요 가족 인적 사항**

**부모/가디언 (보호자) 1 - 학생과의 관계** \_\_\_\_\_

법적 성(라스트네임) \_\_\_\_\_ 법적 이름 (퍼트스네임) \_\_\_\_\_ 법적 미들네임 \_\_\_\_\_  
 생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이메일주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_

**부모/가디언(보호자) 2 - 학생과의 관계** \_\_\_\_\_

법적 성(라스트네임) \_\_\_\_\_ 이름 (퍼트스네임) \_\_\_\_\_ 미들네임 \_\_\_\_\_  
 생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이메일주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_

**메인번호** \_\_\_\_\_ **로 연락하십시오** ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 ☐ 밝힐수 없음

주거지 주소: \_\_\_\_\_

우편물을 받을 주소 (위와 다른 경우): \_\_\_\_\_

**주요 가족 외에 또 다른 가족 인적 사항 (해당 사항이 있는 경우에 한해서)**

**부모/가디언 (보호자) 1 - 학생과의 관계** \_\_\_\_\_

법적 성(라스트네임) \_\_\_\_\_ 법적 이름 (퍼트스네임): \_\_\_\_\_ 법적 미들네임 \_\_\_\_\_  
 생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이메일주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_

**부모/가디언(보호자) 2 - 학생과의 관계** \_\_\_\_\_

법적 성(라스트네임) \_\_\_\_\_ 법적 이름 (퍼트스네임) \_\_\_\_\_ 법적 미들네임 \_\_\_\_\_  
 생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이메일주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 \_\_\_\_\_

**메인 전화번호** \_\_\_\_\_ **로 연락하십시오** ☐ Cell ☐ Home ☐ Work ☐ Confidential

주거지 주소: \_\_\_\_\_

우편물을 받을 주소 (위와 다른 경우): \_\_\_\_\_

|                        |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 가족 정보                  | 위에 열거한 부모 또는 가디언(보호자) 중 에드몬즈 학교 학군에 직원이었거나 현재 직원으로 근무한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오<br>만일 그렇다면, 무슨 이름이 사용했습니까? _____                                      |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 위에 열거한 부모 또는 가디언 (보호자) 중 에드몬즈 학교 학군에 학생으로 다닌 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오<br>만일 그렇다면, 부모나 가디언 (보호자)의 이름은 무엇입니까? 사용한 이름을 적어주십시오? _____                     |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
| 데이케어 정보: 프리케어에서 6학년까지만 | 당신의 학생이 데이케어에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 그렇다면, 아래의 정보를 기입해 주십시오.<br>응급상황에 데이케어로 연락할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 데이케어 담당자 이름                                                                                                                                                                                   | 담당자 주소                                                                                                                     | 전화번호                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 데이케어 담당자 이름                                                                                                                                                                                   | 담당자 주소                                                                                                                     | 전화번호                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                    |
| 응급상황 연락처               | 당신의 학생이 응급상황인 경우, 또는 아프거나 부상당했을 시에 우리가 부모나 가디언(보호자)과 연락이 닿지 않았을 때, 아래에 우리가 연락할 수 있는 사람의 이름을 적으십시오. 부모나 가디언은 제외됩니다. 그리고 그 당사자는 당신의 학생을 보살필 것이며 교통수단을 제공할 것에 동의합니다                              |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | <b>연락처 1:</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 성 (라스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호                                                                     | 이름 (퍼스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 | 학생과의 관계<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | <b>연락처 2:</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
| 응급상황 연락처               | 성 (라스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호                                                                     |                                                                                                                            |                                                                                                    | 이름 (퍼스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 | 학생과의 관계<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 |
|                        | <b>연락처 3:</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 성 (라스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호                                                                     | 이름 (퍼스트네임)<br>전화번호 (____) _____<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 | 학생과의 관계<br><input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 집전화 <input type="checkbox"/> 직장번호 |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | <b>학생이 다녔던 모든 학교의 이름을 적으십시오. 가장 최근 학교부터 작성하십시오</b><br>당신의 학생은 워싱턴 주의 공립학교에 다닌 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                                |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
| 학생 내역                  | 가장 최근 학교                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                                                                    | 재학했던 학년                                                                                                                    | 마지막 날짜                                                                                             |
|                        | 도시                                                                                                                                                                                            | 주 또는 나라                                                                                                                    | 전화번호                                                                                               | 팩스 번호                                                                                                                      |                                                                                                    |
|                        | 학교                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                    | 재학했던 학년                                                                                                                    | 마지막 날짜                                                                                             |
|                        | 도시                                                                                                                                                                                            | 주 또는 나라                                                                                                                    | 전화번호                                                                                               | 팩스 번호                                                                                                                      |                                                                                                    |
|                        | 학교                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                    | 재학했던 학년                                                                                                                    | 마지막 날짜                                                                                             |
|                        | 도시                                                                                                                                                                                            | 주 또는 나라                                                                                                                    | 전화번호                                                                                               | 팩스 번호                                                                                                                      |                                                                                                    |
|                        | 학교                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                    | 재학했던 학년                                                                                                                    | 마지막 날짜                                                                                             |
|                        | 도시                                                                                                                                                                                            | 주 또는 나라                                                                                                                    | 전화번호                                                                                               | 팩스 번호                                                                                                                      |                                                                                                    |
|                        | 당신의 자녀가 같은 학년을 또 다시 다닌 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 그렇다면, 몇학년때 그랬습니까 _____                                                                              |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |
|                        | 당신의 자녀가 월반을 한 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 그렇다면, 몇학년때 그랬습니까 _____                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                    |

학생 내역

당신의 학생이 \* 특별 교과과정 프로그램에 자격이 되었거나 등록한적이 있었나요?

☐ 예 ☐ 아니오 특별 교과과정의 프로그램들을 적으십시오:\_\_\_\_\_

\*만일 그렇다면, 학교에 IEP (Individualized Education Program) 서류를 제출 하십시오

☐ 영어이수 과정 프로그램EL/ESL ☐ 특수 교육Special Education ☐ 504 플랜 Plan ☐ 기프티드 프로그램Highly Capable/Gifted Program
☐ 러닝 스타트Running Start ☐ 얼터네이티브 프로그램Alternative School/Program ☐ 타이틀 III Title III (NA/AN Support)
☐ 타이틀 VI 인디안 교육Title VI Indian ☐ 기타:\_\_\_\_\_

에드몬즈 학교 학군에 다니는 형제, 자매의 정보를 적으십시오

이름

학년

학교

이름

학년

학교

이름

학년

학교

이름

학년

학교

워싱턴주 법 (RCW 26A.25.330)에 따라, 아래의 질문에 답하십시오:

당신의 학생이 폭력을 행사한적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 설명하십시오: \_\_\_\_\_

당신의 학생이 과거나 현재, 또는 현재 진행 중인 상황의 학교 정학이나 퇴학을 당한적이 있습니까? 전이나 현재 다닌 학교에 해당되어 다 적으십시오. ? ☐ 예 ☐ 아니오

만일 그렇다면, 설명하십시오. \_\_\_\_\_

당신의 학생이 공식적으로 현재 학교나 전에 다니던 학교에서 자퇴한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 날짜: \_\_\_\_\_

당신의 학생이 현재 무단결석 (BECCA/Tuancy petition)을 하여 명령을 받았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 어느 학군(district) 입니까? ? \_\_\_\_\_

당신의 학생이 전에 학교에 벌금이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

기타 다른 정보

인터넷이 연결되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

당신의 학생이 위탁보호 가정을 기다리거나 현재 위탁보호 중입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

당신은 현재 불안정한 거주 상황을 경험하거나 트랜지션잉 하우스 (보호소, 쉼터) 에 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

불안정한 거주 상황의 정의는 집을 상실하였거나 경제적 어려움때문에 다른사람/다른가족과 살고 있는 경우; 모텔/호텔 또는 응급상황 또는 보호소, 쉼터에 사는 경우, 또는 거주의 목적이 아닌, 또는 잠을 잘 수 있는 공간이 아닌경우를 말합니다. 만일 당신이 이 질문에 예라고 대답한 경우, 당신의 자녀는 메키니-벤토 액트(McKinney-Vento Act) 법령에 의하여 서비스를 받을 자격요건에 충족합니다. 학교에 서비스 등록에 대하여 문의하십시오.

부모의 자격에 제한되는 양육권이나 법원명령이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

만일 그렇다면, 서류의 복사본을 제출하십시오.

접근금지 명령이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 서류의 복사본을 제출하십시오.

당신의 학생과 안전에 관련된 일들을 적으시고 그에 관련한 법적인 서류들의 복사본을 제출 하십시오. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

당신의 학생을 도울수 있도록 추가적인 정보를 적으십시오. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

군대 (밀리터리) 가족 정보

워싱턴주에 학교 학군들은 현역군의 가족들의 정보를 얻는것이 요구됩니다. 이 정보는 현역군 부모의 잦은 이사나 군부대 재배치로 인하여 군인가족들의 자녀들의 성공적인 교육을 방해하는 것들을 제거하기 위하여 수집됩니다. 현역군인이거나, 네셔널가드, 또는 리저브인 경우 아래의 내용을 적으십시오.

현역군인 Currently active duty US Armed Forces, 네셔널 가드, 또는 리저브 National Guard or Reserves ☐ 예 ☐ 아니오

만일 그렇다면, 아래의 사항을 적으십시오:

☐ 현역군인 US Armed Forces active duty ☐ 네셔널 가드 멤버 National Guard member
☐ 육군, 해군, 공군/네셔널 가드 More than one member of Armed Forces/National Guard
☐ 육군, 해군, 공군 리저브US Armed Forces reserves ☐ 무소속

가족 속

조부모나 부모가 네이티브 어메리칸 부족 소속입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

Enrollment Page 3 of 6

# 워싱턴주 인종 과 민족 카테고리 파트 1과 파트 2를 작성하십시오

참고: 인종과 민족 카테고리는 워싱턴 주에서 제공 되었으며, 에드몬즈 학교 학군에서는 주와 연방정부의 지정 아래 모든 학생의 정보를 받는것이 의무화 되어 있습니다. 당신이 이것을 하지 않으면, 주와 연방정부의 지정 아래 모든 학생의 정보를 필요로 하는 학교에서 연락이 갈것입니다.

파트 1

## 히스패닉 또는 라티노

당신은 히스패닉 또는 라티노입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 (만약 “예” 라면 아래에 체크하십시오)

|                                         |                                |                               |                               |                                |                                |                               |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아르헨티나          | <input type="checkbox"/> 칠레    | <input type="checkbox"/> 큐바   | <input type="checkbox"/> 가이아나 | <input type="checkbox"/> 메스티조  | <input type="checkbox"/> 파라과이  | <input type="checkbox"/> 스페인  |
| <input type="checkbox"/> 볼리비아           | <input type="checkbox"/> 콜롬비아  | <input type="checkbox"/> 도미니카 | <input type="checkbox"/> 온두라스 | <input type="checkbox"/> 네이티브  | <input type="checkbox"/> 페루    | <input type="checkbox"/> 수리남  |
| <input type="checkbox"/> 브라질            | <input type="checkbox"/> 코스타리카 | <input type="checkbox"/> 에콰도르 | <input type="checkbox"/> 자메이카 | <input type="checkbox"/> 니카라과  | <input type="checkbox"/> 푸에토리코 | <input type="checkbox"/> 우루과이 |
| <input type="checkbox"/> 치카노(멕시코인 어메리칸) | <input type="checkbox"/> 과테말라  | <input type="checkbox"/> 멕시코  | <input type="checkbox"/> 파나마  | <input type="checkbox"/> 엘살바도르 | <input type="checkbox"/> 베네주엘라 |                               |

☐ 기타 히스패닉 또는 라티노 : \_\_\_\_\_

파트 2

## 당신의 학생이 어떤 인종이라고 생각하십니까?

카테고리에 체크하시고 자세히 적으십시오 (해당사항에 다 체크하십시오)

### 네이티브 어메리칸 인디언 또는 알라스칸 네이티브

만일 당신이 아래중에 하나라도 선택했다면 네이티브 어메리칸 학생: **(Native American Students (Title VI Program) form)** 폼을 작성하십시오.

☐ 네이티브 어메리칸/알라스칸 네이티브

☐ 기타 네이티브 어메리칸 인디언: \_\_\_\_\_

☐ 기타 알라스칸 네이티브: \_\_\_\_\_

### 워싱턴 주 부족:

|                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 치누크족                     | <input type="checkbox"/> 퓨알럽 보호구역의 퓨알럽 부족               |
| <input type="checkbox"/> 야카마 국가의 남부동맹 부족과 밴드      | <input type="checkbox"/> 쿨루트 보호구역의 쿨루트 부족               |
| <input type="checkbox"/> 체할리스 보호구역의 남부 동맹 부족      | <input type="checkbox"/> 퀴놀트 인디언 네이션                    |
| <input type="checkbox"/> 콜빌 보호구역의 남부 동맹 부족        | <input type="checkbox"/> 사마미시 인디언 부족                    |
| <input type="checkbox"/> 카울리츠 인디언 부족              | <input type="checkbox"/> 워싱턴의 사크 수이아틀 인디언 부족            |
| <input type="checkbox"/> 두와미시 부족                  | <input type="checkbox"/> 솔위터 베이 인디언 보호구역의 솔위터 베이 인디언 부족 |
| <input type="checkbox"/> 호 인디언 부족                 | <input type="checkbox"/> 스카이크미시 인디언 부족                  |
| <input type="checkbox"/> 제임스타운 스쿨라람 부족            | <input type="checkbox"/> 스노호미시 부족                       |
| <input type="checkbox"/> 칼리스펠 보호구역의 칼리스펠 인디언 커뮤니티 | <input type="checkbox"/> 스노퀄미 인디언 부족                    |
| <input type="checkbox"/> 키키아알루스 인디언 네이션           | <input type="checkbox"/> 스노퀄무 부족                        |
| <input type="checkbox"/> 로워 엘화 부족 공동체             | <input type="checkbox"/> 스포켄 보호구역의 스포켄 부족               |
| <input type="checkbox"/> 루미 보호 구역의 루미 부족          | <input type="checkbox"/> 스쿼신 아일랜드 보호구역의 스쿼신 아일랜드 부족     |
| <input type="checkbox"/> 마카 인디언 보호구역의 마카 인디언 부족   | <input type="checkbox"/> 스테일라쿰 부족                       |
| <input type="checkbox"/> 누삭부족의 마리에타 밴드            | <input type="checkbox"/> 워싱턴 의 인디언의 스틸라구아미시 부족          |
| <input type="checkbox"/> 머클슈트 인디언 부족              | <input type="checkbox"/> 포트 매디슨 보호구역의 수쿠미시 인디언 부족       |
| <input type="checkbox"/> 니스퀄리 인디언 부족              | <input type="checkbox"/> 스위노미시 인디언 부족 공동체               |
| <input type="checkbox"/> 누삭 인디언 부족                | <input type="checkbox"/> 워싱턴 톨라립 부족                     |
| <input type="checkbox"/> 포트 캠블 스쿨라람 부족            |                                                         |

### 아시아

|                                         |                                |
|-----------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아시아            | <input type="checkbox"/> 말레이시아 |
| <input type="checkbox"/> 아시아인 인디언       | <input type="checkbox"/> 미얀    |
| <input type="checkbox"/> 방글라데시          | <input type="checkbox"/> 몽골    |
| <input type="checkbox"/> 부탄             | <input type="checkbox"/> 네발    |
| <input type="checkbox"/> 버마/미얀마         | <input type="checkbox"/> 오키나와  |
| <input type="checkbox"/> 캄보디아/크메르어      | <input type="checkbox"/> 파티스탄  |
| <input type="checkbox"/> 챔              | <input type="checkbox"/> 훈자비   |
| <input type="checkbox"/> 중국             | <input type="checkbox"/> 싱가포르  |
| <input type="checkbox"/> 필리핀            | <input type="checkbox"/> 스리랑카  |
| <input type="checkbox"/> 흐몽             | <input type="checkbox"/> 타이완   |
| <input type="checkbox"/> 인도네시아          | <input type="checkbox"/> 태국    |
| <input type="checkbox"/> 일본             | <input type="checkbox"/> 티벳    |
| <input type="checkbox"/> 한국             | <input type="checkbox"/> 베트남   |
| <input type="checkbox"/> 라오             |                                |
| <input type="checkbox"/> 기타 아시아인: _____ |                                |

### 하와이 원주민 또는 다른 태평양섬 원주민

|                                            |                                  |
|--------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양섬 원주민  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 케롤리니안             | <input type="checkbox"/> 팔라우     |
| <input type="checkbox"/> 차모로               | <input type="checkbox"/> 파푸아인    |
| <input type="checkbox"/> 추케세               | <input type="checkbox"/> 콘페이안    |
| <input type="checkbox"/> 피지                | <input type="checkbox"/> 사모안     |
| <input type="checkbox"/> 이키리바시/길버트세스       | <input type="checkbox"/> 솔로몬 섬주민 |
| <input type="checkbox"/> 코스레니안             | <input type="checkbox"/> 타히티어    |
| <input type="checkbox"/> 마오리               | <input type="checkbox"/> 토켈라우안   |
| <input type="checkbox"/> 마셜즈               | <input type="checkbox"/> 통가      |
| <input type="checkbox"/> 하와이 원주민           | <input type="checkbox"/> 투발루안    |
| <input type="checkbox"/> 니-비누아투            | <input type="checkbox"/> 야페스     |
| <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬주민: _____ |                                  |



**파트II (계속해서)** 카테고리를 체크하시고 자세히 적으십시오 (해당사항에 다 체크하십시오)  
**당신의 학생이 어느 인종이라 생각하십니까?**

**흑인 또는 아프리카 어메리칸**

- ☐ 흑인/아프리카 어메리칸
- ☐ 아프리카 어메리칸
- ☐ 아프리카 캐네디언
- 케리비안**
- ☐ 앵귤란
- ☐ 안티구안
- ☐ 바하마
- ☐ 바베이도안
- ☐ 바르텔레모아스/바르텔레모아스 (세인트 바텔레미)
- ☐ 브리티시 버진 섬
- ☐ 케이마니안 (케이맨 아일랜드)
- ☐ 큐바 도미니카 공화국
- ☐ 도미니카 (도미니카 공화국)
- ☐ 네덜란드 안티렐린 (네덜란드 안틸레스)
- ☐ 그레나디아
- ☐ 과달루피아
- ☐ 하이티
- ☐ 자메이카
- ☐ 마티니퀴이스/마티니퀴이스
- ☐ 몬세라티안
- ☐ 푸에토리코
- ☐ 기타 케리비안 자세히: \_\_\_\_\_

**백인**

☐ 백인

**동유럽**

- ☐ 보스니아
- ☐ 헤르체고 비니안
- ☐ 폴란드
- ☐ 루마니아
- ☐ 러시아
- ☐ 우크라이니아
- ☐ 기타 동유럽:

☐ 기타 백인: \_\_\_\_\_

**중앙 아프리카**

- ☐ 앙골라
- ☐ 카메룬
- ☐ 중앙 아프리카 (중앙 아프리카 공화국)
- ☐ 차디안
- ☐ 콩고 (콩고 공화국)
- ☐ 콩고 (콩고 민주 공화국)
- ☐ 에콰토리아 기니
- ☐ 가보논네세
- ☐ 사오 토마
- ☐ 프린시페
- ☐ 기타 중앙아프리카 자세히: \_\_\_\_\_

**남아프리카**

- ☐ 보츠와난
- ☐ 모소토(레소토)
- ☐ 잠비아
- ☐ 남아프리카
- ☐ 스와지
- ☐ 기타 남아프리카 자세히: \_\_\_\_\_

**동아프리카**

- ☐ 부룬디아
- ☐ 코모란
- ☐ 지부티안
- ☐ 에리트레아
- ☐ 에디오피아
- ☐ 케냐
- ☐ 마다가스카르
- ☐ 말라위
- ☐ 모리셔스
- ☐ 마호란 (마요트)
- ☐ 모잠비크
- ☐ 레위니옹
- ☐ 르완다
- ☐ 세이클로이스/세이델로이스
- ☐ 소말리
- ☐ 남수단
- ☐ 수단
- ☐ 우간다
- ☐ 탄자니아 (탄자니아 연합 공화국)
- ☐ 잠비아
- ☐ 짐바브웨
- ☐ 기타 동아프리카 자세히: \_\_\_\_\_

**라틴 어메리칸**

- ☐ 아르헨티나
- ☐ 벨리산
- ☐ 볼리비아
- ☐ 브라질
- ☐ 칠레
- ☐ 콜롬비아
- ☐ 코스타리카
- ☐ 에콰도르
- ☐ 엘살바도르
- ☐ 포클랜드 제도
- ☐ 프랑스령 기아네
- ☐ 과테말라
- ☐ 가이아나
- ☐ 곤두란
- ☐ 멕시코
- ☐ 니카라과
- ☐ 파나마
- ☐ 파라과이
- ☐ 페루
- ☐ 사우즈 조지아 및 사우드 샌드위치 제도
- ☐ 수리남
- ☐ 우루과이
- ☐ 베네수엘라
- ☐ 기타 라틴 아메리칸: \_\_\_\_\_

**서아프리카**

- ☐ 베닌세
- ☐ 비사우기니
- ☐ 버키나베 (버키나파소)
- ☐ 카보 베르데아
- ☐ 이보리안 (코트 디부아르)
- ☐ 감비아
- ☐ 가나
- ☐ 라이베리아
- ☐ 말리안
- ☐ 모르타니안
- ☐ 나이지리아(니제르)
- ☐ 나이지리아(니제리아)
- ☐ 세인트 헬레니안
- ☐ 세네갈
- ☐ 시에라리온
- ☐ 토글레스
- ☐ 기타 서아프리카 카: \_\_\_\_\_

**중동 및 북아프리카**

- ☐ 알제리
- ☐ 아마지 또는 베르베르
- ☐ 아랍 또는 아라빅
- ☐ 아시리아
- ☐ 바레인
- ☐ 유목민
- ☐ 찰딘
- ☐ 기타 중동: \_\_\_\_\_
- ☐ 콥트
- ☐ 드루즈
- ☐ 이집트
- ☐ 에미리트
- ☐ 이란
- ☐ 이라크
- ☐ 이스라엘

- ☐ 요르단
- ☐ 쿠르트 쿠웨이트
- ☐ 레바논
- ☐ 리비아
- ☐ 모로코
- ☐ 오만
- ☐ 팔레스타인
- ☐ 기타 북아프리카: \_\_\_\_\_
- ☐ o Qatari
- ☐ Saudi Arabian
- ☐ 시리아
- ☐ 튀니지
- ☐ 예멘



가정어 설문지는 워싱턴 학교에 등록하는 모든 학생들에게 제공됩니다.

|                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 학생명:                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 학년:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 날짜: |
| 학부모/보호자명 _____                                                                                                                                                                                                                                        |  | 학부모/보호자 서명 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
| <b>번역 및 통역 서비스 권리</b><br><b>중요</b> - 모든 부모들은 자녀의 교육에 관련하여 자신이 이해할 수 있는 언어로 된 정보를 받을 권리가 있습니다. 당신의 자녀가 학교에 등록할 시에, 학교는 당신에게 학교와 대화할 시에 어떤 언어로 대화하고 싶은지 물어볼 것입니다. 이 서류는 당신이 필요한 언어가 무엇인지 아는데 도움이 될 것이며, 당신에게 무료로 통역서비스를 제공하고 당신의 언어로 번역된 서류를 받을 수 있습니다. |  | 모든 학부모는 자신의 언어로 아이의 교육에 관한 정보를 받을 권리가 있습니다.<br>1. 어떤 언어로 가족이 학교와 의사소통하길 원하십니까?<br>Skyward Fields - Student Language & Family Home language)<br>_____<br>a. 당신은 통역서비스가 필요합니까? 예____ 아니오____<br>b. 번역된 서류가 필요합니까? 예____ 아니오 ____                                                                            |     |
| <b>언어 개발 지원 적격성</b><br>학생 언어에 대한 정보는 성공적으로 학교 생활을 하기 위해 언어 스킬 개발의 지원을 받을 수 있는 지 여부를 확인할 수 있도록 해줍니다. 언어 지원이 필요한 지 여부를 판단하기 위해 테스트가 필요할 수도 있습니다.                                                                                                        |  | 2. 아이가 처음 배운 언어가 무엇입니까? (Skyward Field - Native)<br>_____<br>3. 집에서 아이가 주로 사용하는 언어는 무엇입니까?<br>(Skyward Field - Home) _____                                                                                                                                                                                |     |
| <b>이전 교육</b><br>아이의 출생 국가 및 이전 교육에 대한 귀하의 답변은:<br>• 학교에서 아이의 지식 및 스킬에 대한 정보를 저희에게 제공하며,<br>• 아이를 지원할 수 있도록 교육구에서 추가 자금을 학교에 지원할 수 있게 해줄 수 있습니다.<br>본 양식은 학생의 이민 상태를 확인하는데 사용되지 않습니다.                                                                  |  | 4. 아이의 출생 국가는 어디입니까? _____<br>5. 아이가 미국 외의 지역에서 정식 교육을 받은 적이 있습니까?<br>(유치원 - 고등학교) ____예 ____아니오<br>예인 경우: 개월 수: _____<br>학교: _____<br>6. 아이가 미국에서 처음으로 학교를 다니기 시작한 날짜가 언제입니까? (유치원 - 고등학교)<br>_____<br>월 _____ 일 _____ 연도 _____<br>7. 이주자: 자녀 또는 부모/가디언 (보호자)가 농업 또는 어업의 임시 종사자로 이주하였나요? 예 ____ 아니오 ____ |     |

만일 이 서류에 관련하여 다른 질문이 있거나 당신 자녀의 학교에 다른 유효한 서비스가 있는지 알고싶다면 학교로 연락하십시오.

**Note to office:** Do not change Native or Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Home Language from another language to English unless instructed to do so by the EL Department.

|                                                                                                                              |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 나는 이 서류에 제공한 정보들이 사실이고 정확한 정보임을 증명합니다. 나는 허위사실을 제공했을 경우 에드몬즈 학교 학군의 등록이 해지 될수 있음을 이해합니다.<br>부모/가디언 (보호자) 싸인: _____ 날짜: _____ | 나는 이 서류에 제공한 정보들이 사실이고 정확한 정보임을 증명합니다. 나는 허위사실을 제공했을 경우 에드몬즈 학교 학군의 등록이 해지 될수 있음을 이해합니다. |
|                                                                                                                              | 부모/가디언 (보호자) 싸인: _____ 날짜: _____                                                         |

받는이: 에드몬즈 학교 학군의 부모님들

보내는곳: 학생 보건 서비스 부서

2020년 8월 1일, 수정된 워싱턴주 법 (RCW 28A.210.080)에 의하여 의학적으로 증명된 예방접종 기록들이 학교의 항목에 요구됩니다.  
의학적으로 증명된 기록들은 아래의 항목중 한가지 또는 더 이상의 것들이 해당됩니다:

- 워싱턴주 보건국 MyIR시스템이나 다른 주에서 발급된 예방접종 확인 증명서 (Certificate of Immunization Status(CIS))
- 예방접종 정보 시스템 the Immunization Information System (IIS) 에서 발급된 예방접종 확인 증명서
- 의료 서비스 제공자의 싸인이 첨부된 예방접종 확인 증명서 복사본
- 의료 서비스 제공자가 증명하고 학교 직원의 싸인이 첨부된 예방접종 기록과 예방접종 확인 증명서 복사본

요구서류들:

- 완료된 예방접종 확인 증명서

각각의 요구되는 백신을 맞았던 년도, 달, 날짜가 적혀있어야 합니다.

또는

- 예방접종 시리즈를 시작하였다는 통지를 학교에 제출하십시오.

이것은 의료서비스 제공자가 권장하는 스케줄에 따라서 완료되어야 할것입니다. 예방접종은 당신의 의료 서비스 제공자에게 받을 수 있으며 또는 스노호미티 카운티의 보건소 [WWW.chcsno.org](http://WWW.chcsno.org)에서 받을 수 있습니다 조건부 기회는 기간안에 맞아야 하는 필수 예방접종 시리즈를 이미 시작한 학생들에게만 부여될 것입니다. 학교에 참석하기 위한 요구사항에 의하여 모든 예방접종 시리즈는 접종을 완료하였거나 시작되어야 합니다. 의학적으로 증명된 기록 서류들은 학교 시작전이나 또는 학교 등교 첫날에는 무조건 제출해야 합니다.

또는

- 예방접종 증명서와 함께 제외 서류 증명서를 제출하십시오

부모나 보호자는 학생이 학교 예방접종 요구에서 제외되기 위하여 자격증을 겸비한 의료 서비스 제공자로부터 제외 서류 증명서에 싸인을 받아야 합니다. 이 싸인은 의료 서비스 제공자가 부모나 보호자에게 예방접종의 이점과 위험요소에 대하여 이야기 하였다는것이 증명되어야 합니다. 또한 부모나 보호자는 의료 서비스 제공자의 싸인이 담긴 같은 정보의 서류를 제출 할 수 있습니다. 예방접종으로 보호될 수 있는 질병 중 만일 당신의 학생이 접종 하지 않은 질병이 학교에 발생한다면, 당신의 학생은 이 질병이 일어난 시기동안 학교에서 제외될 것입니다.

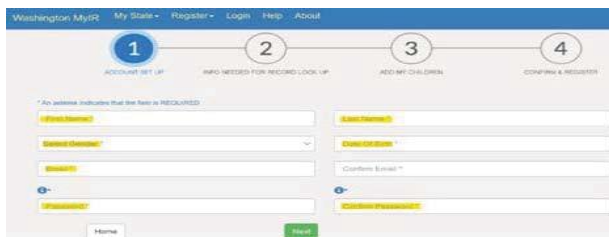
My IR에서 예방접종 기록을 출력하는것은 학생 예방 접종기록을 확보하는데 가장 첫번째 방법입니다..

[MyIR](#) 어카운트를 만드십시오 ([Washington State Dept. of Health](#))



아래의 순서에 따라 요구되는 정보를 등록하십시오

학생의 정보를 입력 한 후 확인하고 등록하십시오




예방접종 증명서를 다운로드 받고 출력하십시오



# Certificate of Immunization Status(CIS)

정자체로 기재하십시오. 양식 작성 방법은 뒷면을 참조하거나

Washington State Immunization Information System (IIS), 워싱턴주 예방 접종 정보 시스템)에서 인쇄하십시오.

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

|                                                                                               |     |                                                                                                                                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 자녀의 성:                                                                                        | 이름: | 중간 이니셜:                                                                                                                            | 생년월일(월/일/년) : |
| 본인은 자녀의 학교/어린이집이 예방 접종 정보를 Immunization Information System에 추가하여 학교가 자녀의 기록을 보관할 수 있도록 허가합니다. |     | 조건부 상태 전용: 본인은 본인의 자녀가 조건부 상태로 학교/어린이집에 입학함을 인정합니다. 본인은 자녀를 계속 재학시키려면 정해진 마감일까지 필요한 예방 접종 서류를 제공해야 합니다. 조건부 상태에 관한 안내는 뒷면을 참조하십시오. |               |
| 부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____                                                                      |     | 조건부 상태 입학 시 필수 부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____                                                                                            |               |

|                                                                          |             |             |             |             |             |             |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ▲ 학교 입학 시 필수<br>● 어린이집/유치원 입학 시 필수                                       | 날짜<br>월/일/년 | 날짜<br>월/일/년 | 날짜<br>월/일/년 | 날짜<br>월/일/년 | 날짜<br>월/일/년 | 날짜<br>월/일/년 |
| 학교 또는 어린이집 입학 시 필수 백신                                                    |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ DTaP (Diphtheria (디프테리아), Tetanus(파상풍), Pertussis(백일해))               |             |             |             |             |             |             |
| ▲ Tdap (Tetanus (파상풍), Diphtheria (디프테리아), Pertussis (백일해)) (7학년 이상)     |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ DT 또는 Td(Tetanus (파상풍), Diphtheria (디프테리아))                           |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ Hepatitis B (B형 간염)                                                   |             |             |             |             |             |             |
| ● Hib(Haemophilus influenzae type b(B형 헤모필루스 인플루엔자))                     |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ IPV (Polio(소아마비)) (IPV/OPV(사백신/생백신)의 모든 혼합)                           |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ OPV (Polio(소아마비))                                                     |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ MMR (Measles(홍역), Mumps(유행성이하선염), Rubella(풍진))                        |             |             |             |             |             |             |
| ● PCV/PPSV (Pneumococcal(폐렴구균))                                          |             |             |             |             |             |             |
| ●▲ Varicella (chickenpox(수두))<br><input type="checkbox"/> IIS에 의해 확인된 병력 |             |             |             |             |             |             |
| 권장 백신(학교 또는 어린이집 입학 필수 조건 아님)                                            |             |             |             |             |             |             |
| Flu (Influenza (독감))                                                     |             |             |             |             |             |             |
| Hepatitis A (A형 간염)                                                      |             |             |             |             |             |             |
| HPV (Human Papillomavirus(인체유두종바이러스))                                    |             |             |             |             |             |             |
| MCV/MPSV (Meningococcal Disease types A, C, W, Y(A, C, W, Y형 수막구균성 수막염)) |             |             |             |             |             |             |
| MenB(Meningococcal Disease type B(B형 수막구균성 수막염))                         |             |             |             |             |             |             |
| Rotavirus(로타바이러스)                                                        |             |             |             |             |             |             |

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Documentation of Disease Immunity<br>(Health care provider use only)                                                                                                                                                              |                                      |                                      |
| If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.                                                         |                                      |                                      |
| I certify that the child named on this CIS has:<br><input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.<br><input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below. |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Diphtheria                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hib                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Measles     | <input type="checkbox"/> Mumps       |
| <input type="checkbox"/> Rubella                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Tetanus     | <input type="checkbox"/> Varicella   |
| <input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)                                                                                                                                                               |                                      |                                      |
| ▶                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |
| Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____                                                                                                                                                                          |                                      |                                      |
| ▶                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |
| Printed Name _____                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                      |

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. | Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____<br>If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document. |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Certificate of Immunization Status (CIS, 예방 접종 증명서) 작성 방법: Immunization Information System에서 인쇄하거나 수기로 작성하십시오.

### 예방 접종 정보가 입력된 양식 인쇄 방법:

담당 의료진 사무실에 Washington State Immunization Information System에 예방 접종 내용을 입력했는지 문의하십시오. 입력한 경우 IIS에서 CIS를 인쇄하도록 의료진 측에 요청하면 자녀의 예방 접종 정보가 자동으로 입력됩니다. <https://wa.myir.net>으로 접속해 MyIR에 가입하고 로그인하여 CIS를 자택에서 인쇄할 수도 있습니다. 담당 의료진이 IIS를 사용하지 않는 경우, Department of Health(보건부)에 이메일 또는 전화로 문의해 자녀의 CIS 사본을 받을 수 있습니다(이메일: [waiisrecords@doh.wa.gov](mailto:waiisrecords@doh.wa.gov), 전화번호: 1-866-397-0337).

### 양식 수기 작성 방법:

1. 자녀의 이름과 생년월일을 인쇄하고, 1페이지의 표시된 곳에 서명하십시오.
2. 완료한 모든 백신 접종 날짜를 날짜란에 기재하십시오(월/일/년 순). 혼합 백신을 접종한 경우(여러 질병을 한 번에 예방하는 접종), 아래의 참조 지침을 사용하여 모든 백신을 정확하게 기록하십시오. 예를 들어, Pediarix를 접종한 경우 Diphtheria(디프테리아), Tetanus(파상풍), Pertussis(백일해)는 DTaP로, Hepatitis B(B형 간염)는 Hep B로, Polio(소아마비)는 IPV로 기록합니다.
3. 자녀가 백신을 접종하지 않고 Chickenpox(Varicella(수두)) 질환을 앓은 경우, 학교 요건을 충족하기 위해 의료진이 수두 질환을 앓은 것을 확인해야 합니다.
  - 담당 의료진이 자녀의 Chickenpox(수두) 병력을 확인할 수 있는 경우, 담당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity(질병 면역 서류) 부분의 확인란에 체크하고 양식에 서명하도록 요청하십시오.
  - 교직원 이 IIS에 액세스하여 자녀의 수두 병력을 확인할 수 있는 경우, 백신 부분의 Varicella(수두) 아래 확인란에 체크할 것입니다.
4. 자녀가 혈액 검사(역가)로 면역 양성을 보이는 경우, 담당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity부분에 있는 해당 질병의 확인란에 체크하고, 양식에 서명과 날짜를 기재하도록 요청하십시오. 본 CIS와 함께 예방 접종 기록을 제공해야 합니다.
5. 아래 지침에 따라 의학적으로 확인된 기록 증거물을 제공하십시오.

### 허용되는 의료 기록

모든 예방 접종 기록은 의학적으로 확인되어야 합니다. 예시는 아래와 같습니다.

- Washington State Immunization Information System, MyIR 또는 기타 IIS에서 인쇄한 예방 접종 날짜가 기재된 Certificate of Immunization Status(CIS) 양식.
- 의료진 확인 서명이 있는 CIS 작성 완료 출력물.
- 의료진의 서명 또는 인장과 함께 의료진의 전자 건강 기록의 예방 접종 기록이 첨부된 CIS 작성 완료 출력물. 학교 행정관, 보건 교사 또는 지명인은 CIS 상의 날짜가 정확하게 기록되었는지 확인하고 양식에 서명해야 합니다.

### 조건부 상태:

학교 또는 어린이집 입학에 필요한 백신을 접종한다는 조건으로 자녀를 입학시킬 수 있습니다. (백신 연속 투여량은 최소 간격을 두고 확산됨으로 일부 아동은 예방 접종을 마치기 전에 일정 시간을 기다려야 할 수도 있습니다. 그러므로 해당 아동은 다음 필수 백신 투여를 기다리는 동안 입학할 수 있습니다.) 조건부로 학교 또는 어린이집에 입학하려면, 자녀는 입학 전 가능한 모든 백신을 접종해야 합니다.

조건부 학생은 다음 백신 투여량의 최소 유효 날짜에 추가 30일을 더한 기간 동안 학교에 다니며 예방 접종 서류를 제출할 수 있습니다. 학생이 백신 여러 개를 접종해야 하는 경우, 모든 필수 백신의 접종을 완료할 때까지 조건부 상태는 비슷한 방식으로 계속됩니다.

30일 조건부 기간이 만료되었는데 학교나 어린이집에 서류를 제공하지 않은 경우 RCW 28A.210.120에 따라 해당 학생은 더 이상 출석할 수 없습니다. 유효한 서류에는 해당 질병에 대한 면역력이 있다는 증거자료, 예방 접종을 보여주는 의료 기록 또는 작성 완료된 Certificate of Exemption(COE, 면제 증명서) 양식이 포함됩니다.

### Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

| Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine     | Trade Name    | Vaccine            | Trade Name | Vaccine         |
|------------|---------|------------|---------|------------|-------------|---------------|--------------------|------------|-----------------|
| ActHIB     | Hib     | Fluarix    | Flu     | Havrix     | Hep A       | Menveo        | Meningococcal      | Rotarix    | Rotavirus (RV1) |
| Adacel     | Tdap    | Flucelvax  | Flu     | Hiberix    | Hib         | Pediarix      | DTaP + Hep B + IPV | RotaTeq    | Rotavirus (PV5) |
| Afluria    | Flu     | FluLaval   | Flu     | HibTITER   | Hib         | PedvaxHIB     | Hib                | Tenivac    | Td              |
| Bexsero    | MenB    | FluMist    | Flu     | Ipol       | IPV         | Pentacel      | DTaP + Hib +IPV    | Trumenba   | MenB            |
| Boostrix   | Tdap    | Fluvirin   | Flu     | Infanrix   | DTaP        | Pneumovax     | PPSV               | Twinrix    | Hep A + Hep B   |
| Cervarix   | 2vHPV   | Fluzone    | Flu     | Kinrix     | DTaP + IPV  | Prevnar       | PCV                | Vaqta      | Hep A           |
| Daptacel   | DTaP    | Gardasil   | 4vHPV   | Menactra   | MCV or MCV4 | ProQuad       | MMR + Varicella    | Varivax    | Varicella       |
| Engerix-B  | Hep B   | Gardasil 9 | 9vHPV   | Menomune   | MPSV4       | Recombivax HB | Hep B              |            |                 |

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 November 2019

# 학부모님 – 자녀들이 학교갈 준비가 되었나요?

2021-2022 학년에 필요한 예방접종



|            | B 형 간염<br>(Hepatitis B) | 디프테리아, 파상풍, 백<br>일해<br>(DTaP/Tdap) | 소아마비<br>(Polio) | 홍역, 유행성 이하선염,<br>풍진<br>(MMR) | 수두<br>(Chickenpox)      |
|------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------|-------------------------|
| 유치원 – 6 학년 | 3 번                     | 5 번 *                              | 4 번 *           | 2 번                          | 2 번<br>아니면<br>의사가 병을 확인 |
| 7 - 12 학년  | 3 번                     | DTaP 5 번<br>그리고<br>Tdap 1 번        | 4 번 *           | 2 번                          | 2 번<br>아니면<br>의사가 병을 확인 |

\* 필요한 예방접종의 횟수는 위의내용보다 적게 요구될수도 있습니다.

학생들은 최소한의 기간과 나이제한을 준수해야 합니다. 질문이 있으실 경우 의료 공급자 아니면 학교직원과 예방접종 요구사항에 대해 상의하십시오.

학교에서 요구하지 않는 예방접종에 대한 정보는 이곳에서 찾으실수 있습니다: [www.immunize.org/cdc/schedules/](http://www.immunize.org/cdc/schedules/)



**Edmonds**  
SCHOOL DISTRICT

Each student learning, every day!

## 학생 서비스

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036  
425-431-7000 Phone 425-431-7339 Fax  
www.edmonds.wednet.edu

브라이어, 에드몬즈, 린우드, 마운트레이크 테라스, 우드웨이, 그리고 스노호미시 카운티의 지역사회와 학생들을 보조합니다

이 편지의 목적은 건강에 관련한 도움이 필요한 학생들의 정보를 모으기 위함입니다. 당신의 학생이 매일, 또는 응급상황시에 건강하고 안전하게 생활할 수 있도록 의료 도움의 유무에 관계없이 이 서류 "학생 건강 등록 - HS 534" 를 작성하여 주십시오. 당신의 학생이 학교를 시작하기 전에 부모/보호자로서 법률에 의하여 무엇이 필요한지 아는것은 중요한 일입니다.

### 만성 건강 상태

- 만일 당신의 자녀가 학교 생활 동안 죽음에 이르는 위험한 건강 상태를 가지고 있고 만일 약이나 치료가 준비되지 않았다면, 학교 간호사에게 알리십시오.
- 고위험군의 학생은 자격증을 소지한 의료진으로 부터 받은 약과 치료오더를 지참하여야 하며, 학교가 시작하기 전에 학교에서 어떻게 케어할 것인지 계획이 있어야 합니다.
- 학교 기간 중에 필요할 시마다 연락처 또는 당신의 학생의 건강 상태에 대해서 변경이 있을 경우 항상 추가 정보를 제출하십시오.

### 약물 관리

- 만약 처방 받지 않은 약은 꼭 원래의 약병에 보내야 합니다.
- 처방약의 약병은 올바르게 이름이 적혀 있어야 하며 원래의 약병에 보내야 합니다.
- 약의 만료 날짜를 체크 하십시오. 학교 직원은 날짜가 지난 약을 학생에게 줄 수 없습니다.
- 학교에서 어떠한 약을 줄때에 약의 동의서가 꼭 필요합니다. **학교에서 어떠한 약을 줄때에 부모/보호자 그리고 학생의 주치의의 싸인이 꼭 요구됩니다. 이것은 처방전뿐 아니라 처방받지 않은 약도 포함됩니다.**
- 부모 그리고/또는 의사의 동의서를 팩스로 보내는것은 허용됩니다.

에드몬즈 약물 방침을 보시려면 에드몬즈 학교 학군 인터넷 웹사이트에 접속하셔서 학교 보드 정책과 절차를 통해 확인 가능합니다.

만일 당신이 질문이 있거나 궁금한 사항이 있을시, 학교 간호사에게 연락하십시오.

건강 서비스 팀

학교: \_\_\_\_\_ 예상하는 학교 시작 날짜: \_\_\_\_\_

|                   |                |     |         |    |
|-------------------|----------------|-----|---------|----|
| 학생 이름             | 생일             | 성별  | 선호하는 성별 | 학년 |
| 부모/보호자 이름         | 전화번호           | 이메일 |         |    |
| 의료 제공자 이름<br>전화번호 | 치과의사이름<br>전화번호 |     |         |    |
| 건강 보험 정보          |                |     |         |    |

주의: 학교는 **생명에 위험**이 있는 상태 정보를 알아야 합니다 (심각한 알러지 증상, 천식, 당뇨, 발작, 또는 다른 고위험군 컨디션). 학교 시작 전에 생명에 위험이 있는 응급상황 시 치료 계획 그리고 필요한 모든 약, 용품, 그리고 의사의 소견서를 제출해야 합니다 (per RCW 28A. 210.320).

**건강 상태 (적용되는 곳에 모두 체크하세요)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> <b>NO KNOWN CONDITION</b></p> <p>생명에 지장이 있는 상태: 치료 계획요청</p> <p><b>EG</b> <input type="checkbox"/> 심각한 알레르기 (Epi-pen 처방전)</p> <p><b>EK</b> <input type="checkbox"/> 당뇨 타입 1</p> <p><b>NP</b> <input type="checkbox"/> 발작(응급약 지참)</p> <p><b>RG</b> <input type="checkbox"/> 천식 - 심한경우</p> <p><b>선청성/ 유전</b></p> <p><b>AH</b> <input type="checkbox"/> 다운신드롬</p> <p><b>AJ</b> <input type="checkbox"/> 태아 알코올 스펙트럼</p> <p><b>혈액/ 혈액학</b></p> <p><b>BA</b> <input type="checkbox"/> 빈혈</p> <p><b>BB</b> <input type="checkbox"/> 혈우병</p> <p><b>BC</b> <input type="checkbox"/> 겸상적혈구 질환특성</p> <p><b>OJ</b> <input type="checkbox"/> 심한 코피 병력</p> <p><b>심장</b></p> <p><b>CC</b> <input type="checkbox"/> 출생시 심장 결함</p> <p><b>CD</b> <input type="checkbox"/> 심장 울림</p> <p><b>알러지, 면역, 내분비, 신진대사 그리고 영양</b></p> <p><b>ED</b> <input type="checkbox"/> 알러지-음식</p> <p><b>EE</b> <input type="checkbox"/> 알러지-곤충</p> <p><input type="checkbox"/> 알러지-다른종류</p> <p><b>EL</b> <input type="checkbox"/> 당뇨 타입 2</p> <p><b>위장, 치아 그리고 구강</b></p> <p><b>GA</b> <input type="checkbox"/> 셀리악병</p> <p><b>GG</b> <input type="checkbox"/> 음식 소화 장애 리스트: _____</p> <p><b>GL</b> <input type="checkbox"/> 유당 소화 장애</p> <p><b>GF</b> <input type="checkbox"/> 유분증</p> <p><b>GO</b> <input type="checkbox"/> 만성변비</p> <p><b>GH</b> <input type="checkbox"/> 위산역류</p> <p><b>GJ</b> <input type="checkbox"/> 염증성 장 질환</p> <p><b>GK</b> <input type="checkbox"/> 과민성 대장 증후군</p> <p><input type="checkbox"/> 치과/구강 상태</p> <p><b>근골격계</b></p> <p><b>MC</b> <input type="checkbox"/> 청소년 루마티즘/ 특발성 관절염</p> | <p><b>신경계</b></p> <p><b>NB</b> <input type="checkbox"/> 과다행동장애/ 주의력 결핍장애 진단</p> <p><b>NC</b> <input type="checkbox"/> 자폐증</p> <p><b>NE</b> <input type="checkbox"/> 뇌성마비</p> <p><b>NF</b> <input type="checkbox"/> 발달장애</p> <p><b>NH</b> <input type="checkbox"/> 편두통</p> <p><b>NI</b> <input type="checkbox"/> 재발되는 두통</p> <p><b>NP</b> <input type="checkbox"/> 발작 장애 <input type="checkbox"/>현재 <input type="checkbox"/>과거에</p> <p><b>NU</b> <input type="checkbox"/> 외상성 뇌손상</p> <p><b>이식</b></p> <p><b>OD</b> <input type="checkbox"/> 이식받은 장기를 적으십시오: _____</p> <p><b>정신 또는 행동건강</b></p> <p><b>PA</b> <input type="checkbox"/> 불안장애</p> <p><b>PC</b> <input type="checkbox"/> 우울증</p> <p><b>PH</b> <input type="checkbox"/> 수면장애</p> <p><b>호흡기관/ 숨쉬기</b></p> <p><b>RG</b> <input type="checkbox"/> 천식-현재</p> <p><b>RH</b> <input type="checkbox"/> 천식- 한번이라도 진단받음</p> <p><b>RA</b> <input type="checkbox"/> 천식 - 운동 후 나타남</p> <p><b>RE</b> <input type="checkbox"/> 반응성 기도질환</p> <p><b>피부</b></p> <p><b>SB</b> <input type="checkbox"/> 습진/ 접촉 피부염 / 건선의</p> <p><b>콩팥/ 신장</b></p> <p>리스트: _____</p> <p><b>귀 / 청력</b></p> <p><b>YA</b> <input type="checkbox"/> 만성 귀 감염증 <input type="checkbox"/>현재 <input type="checkbox"/>과거</p> <p><b>YB</b> <input type="checkbox"/> 청력문제 - 보청기 인공 달팽이관</p> <p><b>눈 / 시력</b></p> <p><b>YF</b> <input type="checkbox"/> 안경/컨택트렌즈</p> <p><b>YE</b> <input type="checkbox"/> 색맹</p> <p><b>YD</b> <input type="checkbox"/> 시력 장애</p> <p><b>다른</b></p> <p><b>증상들:</b> _____</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

학교에서의 약/치료 ☐아니오 ☐예 (의사 싸인이 있는 서면으로 된 승인서를 요구합니다)

☐ 학교에서 요구하는 서류를 작성하십시오

집에서의 약 ☐아니오 ☐예 리스트: \_\_\_\_\_

만일 위에 하나라도 의료 상태에 대해 체크하였다면, 자세히 설명하세요. \_\_\_\_\_

부모/보호자 싸인 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_



## 알레르기

알레르기를 유발하는 것이 무엇입니까? \_\_\_\_\_

가장 최근의 알레르기 증상을 보인 날짜 \_\_\_\_\_

알레르기 반응:

☐ 두드러기 ☐ 입술, 입, 혀, 목 붓기 ☐ 호흡곤란 ☐ 미식거림, 위경련, 구토, 설사

이 알레르기 증상이 응급처치를 요합니까? ☐ 아니오 ☐ 예 (자세히 설명하세요) \_\_\_\_\_

당신의 학생이 알레르기 테스트를 한 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 (언제, 어디서?) \_\_\_\_\_

알레르기 약:

| 이름 | 용량 | 횟수 |
|----|----|----|
|    |    |    |
|    |    |    |

## 천식

천식을 유발하는 것이 무엇입니까? ☐ 호흡기 감염 ☐ 꽃가루/사상균 ☐ 운동 ☐ 날씨 / 온도 ☐ 동물 ☐ 담배

☐ 더러운 공기 ☐ 강한 냄새/향수

진단 날짜: \_\_\_\_\_ 학생을 진단한 의사: \_\_\_\_\_

천식약:

| 이름 | 용량 | 횟수 |
|----|----|----|
|    |    |    |
|    |    |    |

당신의 학생은 스페이서/에어로 챔버를 흡입기와 함께 사용하나요? ☐ 아니오 ☐ 예

당신의 학생은 구강으로 먹는 스테로이드제가 필요한가요 (예: prednisone)? ☐ 아니오 ☐ 예 (언제?) \_\_\_\_\_

당신의 학생이 천식으로 인해 병원에 입원한 적이 있나? ☐ 아니오 ☐ 예 (설명하세요) \_\_\_\_\_

## 당뇨

진단 날짜: \_\_\_\_\_ 약 ☐ 구강 \_\_\_\_\_ ☐ 인슐린(종류) \_\_\_\_\_

사용 도구 ☐ 인슐린 펜 ☐ 인슐린 펌프 (종류) \_\_\_\_\_ ☐ 씨지엠 (종류) \_\_\_\_\_

당신의 학생은 혼자서 당체크를 할 수 있나요? ☐ 아니오 ☐ 예

당신의 학생은 혼자서 탄수화물 양을 측정할 수 있나요? ☐ 아니오 ☐ 예

당신의 학생은 혼자서 인슐린 양을 체크할 수 있나요? ☐ 아니오 ☐ 예

당신의 학생은 혼자서 인슐린을 혼자서 관리 할 수 있나요? ☐ 아니오 ☐ 예

## 발작증세

첫 발작을 일으킨 날짜: \_\_\_\_\_ 가장 최근 발작 할 날짜: \_\_\_\_\_

발작을 하는 횟수: ☐ 한번 ☐ 매일 ☐ 일주일 ☐ 한달 ☐ 일년

발작의 타입: \_\_\_\_\_

발작증세 먹는 약:

| 이름 | 용량 | 횟수 |
|----|----|----|
|    |    |    |
|    |    |    |

당신의 학생은 발작증세로 인하여 응급처방/약을 지참하여야 합니까? ☐ 아니오 ☐ 예 언제? \_\_\_\_\_

자세한 설명: \_\_\_\_\_

| 의료 장비들                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 인공 보조장치                                                                                                                                                                                 | 신체 움직임/활동                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OLA <input type="checkbox"/> 베거스 신경 자극 기계<br>OLB <input type="checkbox"/> 자동 심장박동 제동기<br>OLC <input type="checkbox"/> 심장 속도 조정기 (페이스 메이커)<br>OLD <input type="checkbox"/> 위장튜브<br>OLE <input type="checkbox"/> 소장에 연결한 튜브(제주노스톰)<br><input type="checkbox"/> 브레이스<br><input type="checkbox"/> 의족, 의수 등 - 리스트: _____<br><input type="checkbox"/> 다른 의료 장비들: | OKA <input type="checkbox"/> 위장보조장치<br>OKB <input type="checkbox"/> 인공 대장<br>OKD <input type="checkbox"/> 기관절제술<br>OKE <input type="checkbox"/> 인공소변줄<br>OK <input type="checkbox"/> 기타 | <input type="checkbox"/> 휠체어<br><input type="checkbox"/> 목발<br><input type="checkbox"/> 기타- 리스트: |

부모/보호자 이니셜 \_\_\_\_\_