

거주지 확인 증명서

학생이름: _____ 학교: _____ 학년: _____

주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 전화번호: _____

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** 속해 있다면, Washington State Address Confidentiality Program 에서 발행한 공인된 서류에 출석 지역 학교에 에드몬드 학교 교육구에 거주지 증명 조건을 충족함을 명시해야 합니다. 당신은 매해 마다 새로 발행된 편지를 학교에 제공해야 합니다
- 다음의 사람과 같이 거주를 확인합니다 _____ . **P-110 Affidavit of Residency Form** 을 반드시 작성해야 하고 고서류는 학교에 요청하면 이용할 수 있습니다.

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

Edmonds 학군의 학교에 다니는 이 주소의 추가 학생의 이름을 아래에 기재하십시오.

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, 위에 나열된 학교에 계속 출석하려면 선택 전학 신청서를 제출하고 승인 받아야 함을 이해합니다, 다음 링크로 이동합니다: <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

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 정자체 이름: _____ 부모/보호자 이메일: _____

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

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

Student(s) Request:

 Transfer to new school assigned to address: Immediately or Date: _____

 Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
 (Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to SchoolChange@edmonds.wednet.edu



귀하의 주택 상황이 과도기적이거나 불안정한 경우에만 이 양식을 작성하십시오. 집을 소유, 렌트 또는 리스하는 경우 이 양식을 작성하지 마십시오.

다음 질문에 대한 답변은 이 학생이 McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. McKinney-Vento 법은 노숙을 겪고 있는 어린이와 청소년을 위한 서비스와 지원을 제공합니다. (자세한 내용은 뒷면을 참조하십시오.)

학생이 부모나 보호자가 소유하거나 임대한 집에 거주하는 경우, 부적절한 시설(물, 난방, 전기 등)이 없는 한 이 양식을 작성할 필요가 없습니다. 자신의 주택을 소유/임대하지 않는 경우 아래에서 해당하는 모든 항목에 체크하십시오.

- 모텔/호텔
- 보호소에서(단기/장기)
- 이곳 저곳으로 이사/친구 집에서 생활
- 다른 사람/가족과 함께 다른 사람의 집이나 아파트에서
- 시설(수도, 난방, 전기 등)이 부족한 주거지
- 자동차, 공원, 야영장 또는 이와 유사한 장소
- 임시 주택
- 기타 _____

학생 이름 (성, 이름)	학 교	학년	생년월일	나이

추가 학생: _____

- 동반자가 없는 학생(부모 또는 법적 보호자와 함께 거주하지 않음)
- 학생이 부모 또는 법적 보호자와 함께 살고 있습니다
- 학생이 위탁 보호를 받고 있습니다

현재 거주지 주소: _____

학생에게 통학 교통편이 필요합니까?: 예 아니오

전화번호 또는 연락처: _____

연락인: _____

학부모/보호자 이름: _____
(또는 비동반 청소년)

*학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____
(또는 비동반 청소년)

위에 언급된 학생(들)에게는 발달 검사, 지역사회 지원 또는 유아 서비스 추천이 필요한 어린 형제자매/자녀(아직 취학 연령이 아님)가 있습니다.

작성한 양식을 학교로 보내주십시오. 학교는 이 양식을 학군 노숙자 연락 담당자에게 제출합니다

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

본 부제의 목적에 따라:

(1) "등록하다"와 "등록"은 수업에 출석하고 학교 활동에 충실히 참여하는 것을 포함합니다.

(2) 홈리스 아동 및 청소년은 ' —

(A) 정기적으로 일정하게 이용할 수 있는 적절한 야간 거주지가 없는 개인을 뜻합니다 (섹션 103(a)(1)의 의미 내에서),

(B) 다음을 포함합니다 —

(i) 집을 잃거나 경제적 어려움이 있거나 비슷한 이유로 다른 사람들과 집을 나눠 쓰고 있는 아동 및 청소년; 적당한 대체 숙소가 없어서 모텔, 호텔, 트레일러 파크, 또는 야영장에서 살고 있는 아동 및 청소년; 병원에 버려진 아동 및 청소년; 가정위탁을 기다리고 있는 아동 및 청소년;

(ii) 사람을 위한 정기적인 취침 숙소로 지정된 장소는 아니지만 평상 시에 그런 용도로 사용되는 공공 또는 민간 장소를 일차 야간 거주지로 사용하는 아동 및 청소년 (103(a)(2)(C)항의 의미 안에서);

(iii) 자동차, 공원, 공공 장소, 폐건물, 표준 이하의 주택, 버스 정거장이나 열차역, 또는 그와 비슷한 환경에서 살고 있는 아동과 청소년; 그리고

(iv) 아동이 (i)조 ~ (iii)조에 설명된 상황에서 살고 있기 때문에 이 부제 하에서 홈리스의 자격을 충족하는 이주 아동 (이 용어의 의미는 1965년 초중등교육법 제1309항에 정의되어 있음)."

(6) 용어 "비동반 청소년"은 학부모나 보호자의 물리적 양육권을 받지 않는 청소년을 포함한다는 점을 명시합니다."

추가 자료

부모 정보 및 자료는 다음을 통해 확인하실 수 있습니다.

<https://nche.ed.gov/> [National Center for Homeless Education](#)

<http://naehcy.org/educational-resources/> [National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)

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

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

만성 건강 상태

- 만일 귀하의 자녀가 학교 생활 동안 생명에 지장을 주는 위험한 건강 상태를 가지고 있고 만일 약이나 치료가 준비되지 않았다면, 학교 간호사에게 알려주십시오.
- 고위험군의 학생은 자격증을 소지한 의료진으로부터 받은 약과 치료 요청을 지참하여야 하며, 학교가 시작하기 전에 학교에서 어떻게 관리할 것인지 계획이 있어야 합니다.
- 학교 기간 중에 필요할 시마다 연락처 또는 귀하의 학생의 건강 상태에 대해서 변경이 있을 경우 항상 추가 정보를 제출하십시오(RCW 28.A.210.320에 의거).

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 서명이 꼭 요구됩니다. 이것은 처방전뿐 아니라 처방 받지 않은 약도 포함됩니다.**
- 부모 그리고/또는 의사의 동의서를 팩스로 보내는 것은 허용됩니다.

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

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

Sincerely,
건강 서비스 팀

학교: _____ 예상하는 학교 시작 날짜: _____

학생 이름	생일	성별	선호하는 성별	학년
부모/보호자 이름	전화번호	이메일		
의료 제공자 이름 전화번호	치과의사이름 전화번호			

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 (RCW 28A. 210.320에 의거).

건강 상태 (적용되는 곳에 모두 체크하세요) 2 페이지에 서명이 요구됩니다 **건강보험** 유 무

<p><input type="checkbox"/> 알 수 없는 상태</p> <p>생명에 지장이 있는 상태: 치료 계획요청</p> <p>EG <input type="checkbox"/> 심각한 알레르기 (Epi-pen 처방전)</p> <p>EK <input type="checkbox"/> 당뇨 타입 1</p> <p>NP <input type="checkbox"/> 발작(응급약 지참)</p> <p>RG <input type="checkbox"/> 천식 - 심한경우</p> <p>선청성/ 유전</p> <p>AH <input type="checkbox"/> 다운신드롬</p> <p>AJ <input type="checkbox"/> 태아 알코올 스펙트럼</p> <p>혈액/ 혈액학</p> <p>BA <input type="checkbox"/> 빈혈</p> <p>BB <input type="checkbox"/> 혈우병</p> <p>BC <input type="checkbox"/> 겸상적혈구 질환특성</p> <p>OJ <input type="checkbox"/> 심한 코피 병력</p> <p>심장</p> <p>CC <input type="checkbox"/> 출생시 심장 결함</p> <p>CD <input type="checkbox"/> 심장 울림</p> <p>알러지, 면역, 내분비, 신진대사 그리고 영양</p> <p>ED <input type="checkbox"/> 알러지- 음식</p> <p>EE <input type="checkbox"/> 알러지- 곤충</p> <p><input type="checkbox"/> 알러지- 다른종류</p> <p>EL <input type="checkbox"/> 당뇨 타입 2</p> <p>위장, 치아 그리고 구강</p> <p>GA <input type="checkbox"/> 셀리악병</p> <p>GG <input type="checkbox"/> 음식 소화 장애 리스트: _____</p> <p>GL <input type="checkbox"/> 유당 소화 장애</p> <p>GF <input type="checkbox"/> 유분증</p> <p>GO <input type="checkbox"/> 만성변비</p> <p>GH <input type="checkbox"/> 위산역류</p> <p>GJ <input type="checkbox"/> 염증성 장 질환</p> <p>GK <input type="checkbox"/> 과민성 대장 증후군</p> <p><input type="checkbox"/> 치과/구강 상태</p> <p>근골격계</p> <p>MC <input type="checkbox"/> 청소년 루마티즘/ 특발성 관절염</p>	<p>신경계</p> <p>NB <input type="checkbox"/> 과다행동장애/ 주의력 결핍장애 진단</p> <p>NC <input type="checkbox"/> 자폐증</p> <p>NE <input type="checkbox"/> 뇌성마비</p> <p>NF <input type="checkbox"/> 발달장애</p> <p>NH <input type="checkbox"/> 편두통</p> <p>NI <input type="checkbox"/> 재발되는 두통</p> <p>NP <input type="checkbox"/> 발작 장애 <input type="checkbox"/> 현재 <input type="checkbox"/> 과거에</p> <p>NU <input type="checkbox"/> 외상성 뇌손상</p> <p>이식</p> <p>OD <input type="checkbox"/> 이식받은 장기를 적으십시오: _____</p> <p>정신 또는 행동건강</p> <p>PA <input type="checkbox"/> 불안장애</p> <p>PC <input type="checkbox"/> 우울증</p> <p>PH <input type="checkbox"/> 수면장애</p> <p>호흡기관/ 숨쉬기</p> <p>RG <input type="checkbox"/> 천식-현재</p> <p>RH <input type="checkbox"/> 천식- 한번이라도 진단받음</p> <p>RA <input type="checkbox"/> 천식 - 운동 후 나타남</p> <p>RE <input type="checkbox"/> 반응성 기도질환</p> <p>피부</p> <p>SB <input type="checkbox"/> 습진/ 접촉 피부염 / 건선의</p> <p>콩팥/ 신장</p> <p>리스트: _____</p> <p>Ear / Hearing</p> <p>YA <input type="checkbox"/> 만성 귀 감염증 <input type="checkbox"/> 현재 <input type="checkbox"/> 과거</p> <p>YB <input type="checkbox"/> 청력문제 - 보청기 인공 달팽이관</p> <p>EYE / Vision</p> <p>YF <input type="checkbox"/> 안경/컨택트렌즈</p> <p>YE <input type="checkbox"/> 색맹</p> <p>YD <input type="checkbox"/> 시력 장애</p> <p>다른 증상들 : _____</p> <p>_____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

 학교에서 요구하는 서류를 작성하십시오

 집에서의 약 아니오 예 리스트: _____

알레르기

알러지를 유발하는 것이 무엇입니까? _____

가장 최근의 알러지 증상을 보인 날짜 : _____

알러지 반응:

두드러기 입술, 입, 혀, 목 붓기 호흡곤란 미식거림, 위경련, 구토, 설사
이 알러지 증상이 응급처치를 요합니다? 아니오 예 (자세히 설명하세요) _____
당신의 학생이 알러지 테스트를 한적이 있습니까? 아니오 예 (언제, 어디서?) _____

알러지 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 입원한적이 있나요? 아니오 예 (설명하세요) _____

당뇨

진단날짜: _____ 약 구강 _____ 인슐린(종류) _____
사용 도구 인슐린 펜 인슐린 펌프 (종류) _____ CGM(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"/> 미주 신경 자극 기계	OKA <input type="checkbox"/> 위장보조장치	<input type="checkbox"/> 휠체어
OLB <input type="checkbox"/> 자동 내부 심장 제세동기	OKB <input type="checkbox"/> 인공 대장	<input type="checkbox"/> 목발
OLC <input type="checkbox"/> 심장 속도 조절기 (페이스 메이커)	OKD <input type="checkbox"/> 기관절제술	<input type="checkbox"/> 기타- 리스트: _____
OLD <input type="checkbox"/> 위장튜브	OKE <input type="checkbox"/> 인공소변줄	
OLE <input type="checkbox"/> 소장에 연결한 튜브(제주노스톰이)	OK <input type="checkbox"/> 기타: _____	
<input type="checkbox"/> 브레이스		
<input type="checkbox"/> 의족, 의수 등 - 리스트: _____		
<input type="checkbox"/> 다른 의료 장비들: _____		

부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

수신: 에드몬즈 학군 학생의 학부모
발신: 학생 보건 서비스부

워싱턴 주법(RCW 28A.210.080)에 따른 학교 등록 요건

- 작성한 예방 접종 상태 증명서. 다음 중 하나일 수 있습니다:
 - 워싱턴주 보건부 MyIR 시스템에서 인쇄한 CIS 또는 다른 주의 CIS
 - 의료 제공자의 서명이 있는 CIS 양식의 실제 사본
 - 학교 직원이 확인하고 서명한 의료 제공자의 의료 예방 접종 기록과 함께 CIS의 실제 사본

또는

- **예방접종 시리즈가 시작되었음을 학교에 통보**

이는 의료 서비스 제공자의 권장 일정에 따라 완료됩니다. 개인 의료 서비스 제공자로부터 예방접종을 받거나 스노호미시 카운티 지역사회 보건 센터에서 백신을 받을 수 있습니다 WWW.chcsno.org. 조건부 상태는 학생이 받을 예정인 일련의 필수 예방 접종을 시작한 경우에만 학생에게 부여됩니다. 학교에 다니기 위해서는 모든 예방접종 시리즈를 완료하거나 시작해야 합니다. 이 상태에 대한 의학적으로 확인된 기록을 출석 첫날 또는 그 이전에 학교에 제출해야 합니다.

또는

- **예방 접종 증명서 외에 면제 증명서(C.O.E.)를 작성하십시오.**

면허가 있는 의료 서비스 제공자는 학부모 또는 보호자가 자녀를 학교 예방 접종 요건에서 면제할 수 있도록 면제 증명서에 서명해야 합니다. 서명은 제공자가 예방 접종의 이점과 위험에 대해 부모 또는 보호자에게 이야기했음을 확인합니다. 부모나 보호자는 동일한 정보를 기재한 의료 제공자의 서명된 편지를 제출할 수도 있습니다. 귀하의 학생이 면제되는 백신으로 예방할 수 있는 질병이 학교에서 발병하는 경우 귀하의 학생은 발병 기간 동안 학교로부터 제외됩니다.

공립학교에 등록된 모든 학생은 대체 학교나 학군 프로그램에 참여하는 경우에도 예방접종 규칙을 따라야 합니다. 여기에는 홈 스쿨 프로그램, 직업 또는 기술 프로그래밍, Running Start 및 모든 가상 학교 프로그램이 포함됩니다. 모든 학생들은 학교 교육 및 활동에 참여하기 위해 학교에 예방 접종 증명서(CIS) 및/또는 면제 증명서(COE)를 작성해야 합니다.

MyIR에서 예방접종 증명서를 인쇄하는 것은 학생 예방접종 기록을 얻기 위한 최선의 선택입니다.

MyIR 계정을 만드십시오(워싱턴주 보건부).

가족의 예방접종 정보에 접근하세요

- 옵션 1: MyIRmobile.com에서 MyIR Mobile에 가입하여 가족의 예방접종 정보를 보고 인쇄하세요.
- 옵션 2: 가까운 약국, 진료소, 학교를 방문하세요.
- 옵션 3: 담당 의료 서비스 제공자에게 완전한 예방접종 기록을 요청하세요.
- 옵션 4: 보건부에 완전한 예방접종 기록을 요청하세요.

예방 접종 증명서 다운로드 및 인쇄

학부모 – 자녀가 입학 예정인가요?

2024-2025 학년도 필수 예방접종



지침: 입학에 위한 필수 예방접종을 확인하시려면 첫 번째 열에서 자녀의 학년을 찾으십시오. 페이지에서 해당되는 행을 살펴보고 자녀의 입학에 위한 필요한 예방접종 횟수를 확인합니다.

	디프테리아 파상풍 백일해	B형 간염	B형 <i>해모필루스</i> <i>인플루엔자</i>	홍역 유행성이하 선염 풍진	폐렴구균	소아마비	수두
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
프리스쿨 2024년 9월 1일 기준 19 개월~4세 미만	DTaP 4차	3차	3차 또는 4차* (백신에 따라 상이)	1차	4차*	3차	1차**
프리스쿨/ 유치원 준비과정 2024년 9월 1일 기준 4세 이상	DTaP 5차*	3차	3차 또는 4차* (백신에 따라 상이) (5세 이상일 경우 필수접종 아님)	2차	4차* (5세 이상일 경 우 필수접종 아님)	4차*	2차**
유치원~6학년	DTaP 5차*	3차	필수접종 아님	2차	필수접종 아님	4차*	2차**
7학년~11학년	DTaP 5차* 만10세 이상 Tdap 추 가	3차	필수접종 아님	2차	필수접종 아님	4차*	2차**
12학년	DTaP 5차* 만7세 이상 Tdap 추가	3차	필수접종 아님	2차	필수접종 아님	4차*	2차**

*백신접종 횟수는 접종 시기에 따라 명시된 횟수보다 적은 횟수도 허용될 수 있습니다. **의료서비스 제공자의 수두 질환 병력 확인도 허용됩니다.
학생들은 학교의 요건을 준수하기 위해 정확한 시기에 예방접종을 받아야 합니다. 궁금한 사항은 담당 의료서비스 제공자 또는 교직원에게 문의하시기 바랍니다.
학교 입학에 위한 필수 접종은 아니지만 기타 중요 백신 관련 정보 확인: www.immunize.org/cdc/schedules

본 문서를 다른 형식으로 요청하려면 1-800-525-0127로 전화하십시오. 청각 장애가 있는 고객은 전화 711(Washington Relay) 또는 이메일 doh.information@doh.wa.gov로 연락하시면 됩니다.

DOH 348-295 Dec. 2023 Korean





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.

_____ 날짜 부모/보호자 서명
_____ 날짜 조건부 상태 입학 시 필수 부모/보호자 서명

▲ 학교 입학 시 필수 • 어린이집/유치원 입학 시 필수	월/일/년	월/일/년	월/일/년	월/일/년	월/일/년	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)) <input type="checkbox"/> IIS에 의해 확인된 병력						
권장 백신(학교 또는 어린이집 입학 필수 조건 아님)						
COVID-19 (코로나 19)						
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 (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:
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.
 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

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
 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:

당당 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. 당당 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, 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.
 - 당당 의료진이 자녀의 Chickenpox(수두) 병력을 확인할 수 있는 경우, 당당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity(질병 면역 서류) 부분의 확인란에 체크하고 양식에 서명하도록 요청하십시오.
 - 교직원들이 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, 당당 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 확실함으로 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		