

에드몬즈 학교 학군에 오신것을 환영합니다. 우리는 현재 2024-25 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 제출하십시오.

- P-160 학생 하우징 질문조사서 (McKinney -Vento Act eligibility)
- P-110 거주지 보증서 (학교에 문의하십시오)

- ❑ HS-534 학생 건강 등록 서류

- ❑ HS-518 MyIR에서 다운로드 받은 백신 접종기록
 - 양식 커버 레터 지침을 읽으십시오.

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://bit.ly/ESDFoodandNutrition>

학년 레벨 배당			
초등학교		중-고등학교	
킨더가든	9/1/2018 - 8/31/2019	7학년	9/1/2011 - 8/31/2012
1학년	9/1/2017 - 8/31/2018	8학년	9/1/2010 - 8/31/2011
2학년	9/1/2016 - 8/31/2017	9학년	9/1/2009 - 8/31/2010
3학년	9/1/2015 - 8/31/2016	10학년	9/1/2008 - 8/31/2009
4학년	9/1/2014 - 8/31/2015	11학년	9/1/2007 - 8/31/2008
5학년	9/1/2013 - 8/31/2014	12학년	9/1/2006 - 8/31/2007
6학년	9/1/2012 - 8/31/2013		

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:

유치원과1학년에 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 현지에 있어야 합니다. 예방접종은 학생 등교에 필수적 입니다.

추가 문의사항이 있으시면 가까운 학교 (<https://esdfinder.site/>) 로 연락하시기 바랍니다.

거주지 확인 증명서

학생이름: _____ 학교: _____ 학년: _____

주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 편번호: _____

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).

- ☐ 에스크로 서류들, 집유자 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 | ☐ 자동차, 공원, 야영장 또는 이와 유사한 장소 |
| ☐ 보호소에서(단기/장기) | ☐ 임시 주택 |
| ☐ 이곳 저곳으로 이사/친구 집에서 생활 | ☐ 기 타 _____ |
| ☐ 다른 사람/가족과 함께 다른 사람의 집이나 아파트에서 | |
| ☐ 시설(수도, 난방, 전기 등)이 부족한 주거지 | |

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

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 _____ 전화번호 (_____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 _____

부모/가디언(보호자) 2 - 학생과의 관계 _____

법적 성(라스트네임) _____ 이름 (퍼트스네임) _____ 미들네임 _____

생일: _____ / _____ / _____ 이메일주소: _____

전화번호 (_____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 _____ 전화번호 (_____) _____ ☐ 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 _____ 전화번호 (_____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 _____

부모/가디언(보호자) 2 - 학생과의 관계 _____

법적 성(라스트네임) _____ 법적 이름 (퍼트스네임) _____ 법적 미들네임 _____

생일: _____ / _____ / _____ 이메일주소: _____

전화번호 (_____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호 _____ 전화번호 (_____) _____ ☐ 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? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 무슨 이름이 사용했습니까? _____				
	위에 열거한 부모 또는 가디언 (보호자) 중 에드몬즈 학교 학군에 학생으로 다닌 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 부모나 가디언 (보호자)의 이름은 무엇입니까? 사용한 이름을 적어주십시오? _____				
데이케어 정보: 프리케어에서 6학년까지만	당신의 학생이 데이케어에 다니고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 아래의 정보를 기입해 주십시오. 응급상황에 데이케어로 연락할 수 있습니까? ☐ 예 ☐ 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				
	연락처 1:				
	성 (라스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호	이름 (퍼스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호	학생과의 관계 ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호		
	연락처 2:				
응급상황 연락처	성 (라스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호			이름 (퍼스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호	학생과의 관계 ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호
	연락처 3:				
	성 (라스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호	이름 (퍼스트네임) 전화번호 (____) _____ ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호	학생과의 관계 ☐ 핸드폰 ☐ 집전화 ☐ 직장번호		
학생 내역	학생이 다녔던 모든 학교의 이름을 적으십시오. 가장 최근 학교부터 작성하십시오 당신의 학생은 워싱턴 주의 공립학교에 다닌 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오				
	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	
	당신의 자녀가 같은 학년을 또 다시 다닌 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 그렇다면, 몇학년때 그랬습니까 _____ 당신의 자녀가 월반을 한 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 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/ML
☐ 이중 언어 Dual Language
☐ 특수 교육Special Education
☐ 504 플랜 Plan
☐ 기프트드 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 거주 목적의 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 8

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)

☐ 아르헨티나	☐ 칠레	☐ 큐바	☐ 가이아나	☐ 메스티조	☐ 파라과이	☐ 스페인
☐ 볼리비아	☐ 콜롬비아	☐ 도미니카	☐ 온두라스	☐ 네이티브	☐ 페루	☐ 수리남
☐ 브라질	☐ 코스타리카	☐ 에콰도르	☐ 자메이카	☐ 니카라과	☐ 푸에토리코	☐ 우루과이
☐ 치카노(멕시코인 어메리칸)		☐ 과테말라	☐ 멕시코	☐ 파나마	☐ 엘살바도르	☐ 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 알라스칸 네이티브: _____

워싱턴 주 부족:

☐ 치누크부족
☐ 야카마 국가의 남부동맹 부족과 밴드
☐ 체할리스 보호구역의 남부 동맹 부족
☐ 콜빌 보호구역의 남부 동맹 부족
☐ 카울리츠 인디언 부족
☐ 두와미시 부족
☐ 호 인디언 부족
☐ 제임스타운 스쿨라람 부족
☐ 칼리스펠 보호구역의 칼리스펠 인디언 커뮤니티
☐ 키키아알루스 인디언 네이션
☐ 로워 엘화 부족 공동체
☐ 루미 보호 구역의 루미 부족
☐ 마카 인디언 보호구역의 마카 인디언 부족
☐ 누삭부족의 마리에타 밴드
☐ 머클슈트 인디언 부족
☐ 니스켈리 인디언 부족
☐ 누삭 인디언 부족
☐ 포트 캠블 스쿨라람 부족
☐ 퓨알럽 보호구역의 퓨알럽 부족

☐ 퀴루트 보호구역의 퀴루트 부족
☐ 퀴놀트 인디언 네이션
☐ 사마미시 인디언 부족
☐ 워싱턴의 사크 수이아틀 인디언 부족
☐ 솔위터 베이 인디언 보호구역의 솔위터 베이 인디언 부족
☐ 스카이크미시 인디언 부족
☐ 스노호미시 부족
☐ 스노켈미 인디언 부족
☐ 스노켈무 부족
☐ 스포켄 보호구역의 스포켄 부족
☐ 스퀴신 아일랜드 보호구역의 스퀴신 아일랜드 부족
☐ 스테일라쿰 부족
☐ 워싱턴 의 인디언의 스틸라구아미시 부족
☐ 포트 매디슨 보호구역의 수쿠미시 인디언 부족
☐ 스위노미시 인디언 부족 공동체
☐ 워싱턴 툴라립 부족
☐ 어퍼 스카짓

아시아

☐ 아시아인
☐ 아시아인 인디언
☐ 방글라데시
☐ 부탄
☐ 버마/미얀마
☐ 캄보디아/크메르어
☐ 챔
☐ 중국
☐ 필리핀
☐ 홍콩
☐ 인도네시아
☐ 일본
☐ 한국
☐ 라오
☐ 기타 아시아인: _____

☐ 말레이시아
☐ 미엔
☐ 몽골
☐ 네발
☐ 오키나와
☐ 파티스탄
☐ 폰자비
☐ 싱가포르
☐ 스리랑카
☐ 타이완
☐ 태국
☐ 티벳
☐ 베트남

하와이 원주민 또는 다른 태평양섬 원주민

☐ 하와이 원주민/태평양섬 원주민

☐ 케롤리니안
 ☐ 팔라우

☐ 차모로
 ☐ 파푸아인

☐ 추케세
 ☐ 콘페이안

☐ 피지
 ☐ 사모안

☐ 이키리바시/길버트세스
 ☐ 솔로몬 섬주민

☐ 코스레니안
 ☐ 타히티어

☐ 마오리
 ☐ 토켈라우안

☐ 마셜즈
 ☐ 통가

☐ 하와이 원주민
 ☐ 투발루안

☐ 니-비누아투
 ☐ 야페스

☐ 기타 태평양 섬주민: _____

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

**흑인 또는 아프리카
칸 어메리칸**

- ☐ 흑인/아프리카칸 어메리칸
☐ 아프리카칸 어메리칸
☐ 아프리카칸 캐네디언

케리비안

- ☐ 앵귤란
☐ 안티구안
☐ 바하마
☐ 바베이도안
☐ 바르텔레모아스/
바르텔레모아스
(세인트 바텔레미)
☐ 브리티시 버진 섬
☐ 케이마니안
(케이맨 아일랜드)
☐ 큐바 도미니카 공
화국
☐ 도미니카
(도미니카 공화국)
☐ 네덜란드 안티렐린
(네덜란드 안틸레스)
☐ 그레나디아
☐ 과딜루피아
☐ 하이티
☐ 자메이카
☐ 마티니퀴이스/
마티니퀴이스
☐ 몬세라티안
☐ 푸에토리코
☐ 기타 케리비안 자세
히:_____

백인

- ☐ 백인

동유럽

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

중앙 아프리카

- ☐ 앙골라
☐ 카메룬
☐ 중앙 아프리카
(중앙 아프리카 공화
국)
☐ 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 사
우드 샌드위치 제도
☐ 수리남
☐ 우루과이
☐ 베네수엘라
☐ 기타 라틴 아메리
칸:_____

서아프리카

- ☐ 베닌세
☐ 비사우기니
☐ 버키나베
(버키나파소)
☐ 카보 베르데아
☐ 이보리안
(코트 디부아르)
☐ 감비아
☐ 가나
☐ 라이베리아
☐ 말리안
☐ 모르타니안
☐ 나이지리아(니제르)
☐ 나이지리아(니제
리아)
☐ 세인트 헬레니안
☐ 세네갈
☐ 시에라리온
☐ 토골레스
☐ 기타 서아프리
카:_____

중동 및 북아프리카

- ☐ 알제리
☐ 알마지 또는 베르
베르
☐ 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: _____
☐ Qatari
☐ Saudi Arabian
☐ 시리아
☐ 튀니지
☐ 예멘



가정어 설문지는 워싱턴 학교에 등록하는 모든 학생들에게 제공됩니다.

학생명:	학년:	날짜:
학부모/보호자명 _____ 학부모/보호자 서명 _____		
번역 및 통역 서비스 권리 중요 - 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.	1. 귀하의 가족은 학교로부터 어떤 언어로 서면 통신문을 받기를 원하십니까? (Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication) _____ a. 학부모/보호자 이름 #1: _____ i. 미팅과 전화 통화를 위해 통역이 필요하십니까(ASL 포함) 예 _____ 언어 _____ 아니오 _____. ii. 번역된 서류가 필요합니까? 예 _____ 아니오 _____. b. 학부모/보호자 이름 #2: _____ i. 미팅과 전화 통화를 위해 통역이 필요하십니까(ASL 포함) 예 _____ 언어 _____ 아니오 _____. ii. 번역된 서류가 필요합니까? 예 _____ 아니오 _____. c. 집에서 사용하는 주요 언어가 무엇입니까? (Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language) _____	
언어 개발 지원 적격성 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. 자녀가 처음 말하거나 이해한 언어는 무엇입니까? (Skyward Profile Field Native) _____ 3. 집에서 아이가 주로 사용하는 언어는 무엇입니까? (Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home) _____ NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Spoken at Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Spoken at Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.	
이전 교육 아이의 출생 국가 및 이전 교육에 대한 귀하의 답변은: ● 학교에서 아이의 지식 및 스킬에 대한 정보를 저희에게 제공하며, ● 아이를 지원할 수 있도록 교육구에서 추가 자금을 학교에 지원할 수 있게 해줄 수 있습니다. 본 양식은 학생의 이민 상태를 확인하는데 사용되지 않습니다.	4. 아이의 출생 국가는 어디입니까? _____ 5. 아이가 미국 외의 지역에서 정식 교육을 받은 적이 있습니까? (유치원 - 고등학교) _____ 예 _____ 아니오 _____ 예인 경우: 개월 수: _____ 학교: _____ 6. 아이가 미국에서 처음으로 학교를 다니기 시작한 날짜가 언제입니까? (유치원 - 고등학교) _____ 월 _____ 일 _____ 연도 7. 이주자: 자녀 또는 부모/가디언 (보호자)가 농업 또는 어업의 임시종사자로 이주하였나요? 예 _____ 아니오 _____	

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

인사	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: _____	

For Parent/Guardian:**Definitions:**

Indian means an individual who is (1) A member of an Indian Tribe or Band, as membership is defined by the Indian Tribe or Band, including any Tribe or Band terminated since 1940, and any Tribe or Band recognized by the State in which the Tribe or Band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

Student Information:

Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership:

Write the name of the individual with the tribal membership if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicating whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent, or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to U.S. Department of Education, Washington D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/Room 3W238, Washington D.C. 20202-6335.

☐ Yes, I have Tribal or Band affiliation (continue to complete 506 form)

☐ No, I do not have Tribal or Band affiliation (STOP, do not continue)

***District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

ED506 Form

Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): ☐ child ☐ child's parent ☐ child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- ☐ Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- ☐ Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

선택

이중 언어 프로그램 관심 양식

이중 언어 프로그램은 2024-25 학년도 등록 신청서를 받고 있습니다. 이중 언어 프로그램은 Cedar Valley Community School, College Place 초등학교, Mountlake Terrace 초등학교 및 Spruce 초등학교에서 제공됩니다.

프로그램 정보

에드먼즈 교육구 이중 언어 프로그램은 학생들이 두 언어 모두에서 학업 및 사회적 기술을 개발하는 스페인어-영어 이중 언어 프로그램입니다. 이중 언어 프로그램은 모든 학생들의 문화적 다양성과 존중을 장려합니다. 이 프로그램은 유치원에서 하루 중 90%는 스페인어로, 10%는 영어로 시작됩니다. 학생들이 학년이 올라갈수록 스페인어는 10% 감소하고 영어는 10% 증가하여 4 학년부터 스페인어 50%/영어 50%에 도달합니다. 이 프로그램의 목표는 학생들이 이중 언어를 구사하고, 이중 언어를 구사하고, 두 언어의 모든 과목에서 학년 수준의 능숙도를 달성하는 것입니다.

자세한 정보는 저희 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다: [Edmonds School District Dual Language Website](#)

프로그램 학교 및 학년

Cedar Valley 커뮤니티 스쿨: 유치원 - 3 학년

College Place 초등학교: 유치원 - 3 학년

Mountlake Terrace 초등학교: 유치원 및 1 학년

Spruce 초등학교: 유치원 및 1 학년

입 학

유치원 및 1 학년: 언어 배경 및 능력에 관계없이 모든 학생이 이중 언어 프로그램에 참여할 수 있습니다.

2 학년 이상: 스페인어가 모국어인 학생은 자동으로 입학할 수 있으며, 집에서 스페인어 이외의 언어를 사용하는 학생은 성공을 위해 듣기 및 말하기 분야에서 스페인어 능력 시험을 치르게 됩니다.

귀하의 홈 스쿨이 이중 언어 학교가 아닌 경우 대기자 명단에 올라 늦여름에 입학 통지를 받게 됩니다. 이중 언어 프로그램을 제공하는 학교의 경계 내에 거주하지 않는 경우 교통편이 제공되지 않습니다.

☐ 네, 제 아이를 이중 언어 프로그램에 등록하는 데 관심이 있습니다.

인근 학교를 기재하십시오: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.

선택

이중 언어 프로그램 관심 양식

학생 이름: _____

2024-2025 학년도에 귀하의 자녀가 속하게 될 학년: _____

(참고: 2024-2025 학년도에는 유치원부터 3 학년까지 입학하는 학생만 등록할 수 있습니다)

학생 생년월일: _____

주 보호자 이름: _____

주 보호자 전화번호: _____

주 보호자 이메일: _____

아래에서 이중언어 지원을 위해 선호하는 학교를 선택하세요. 귀하의 홈 스쿨이 이중 언어가 아니고 나열된 학교 중 어느 학교에나 입학이 가능한 경우, 가장 선호하는 학교부터 순위를 매겨주십시오. 가장 높은 학교가 첫 번째 선택이 됩니다.

첫번째 선택: _____

두 번째 선택: _____

세 번째 선택: _____

귀하의 자녀가 현재 사용하는 언어를 기재해 주십시오: _____

귀하의 자녀가 다른 언어를 사용하는 경우 귀하의 자녀가 사용하는 언어들을 기재하십시오:

현재 프로그램에 참여하는 다른 자녀가 있습니까?

☐ 예

☐ 아니요

그렇다면 그 학생의 이름은 무엇입니까?

FOR OFFICE USE ONLY

Please send the completed form to the Multilingual Education Department at ESC.

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 알리십시오.
- 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			

주 의 : 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
☐ 알 수 없는 상태

생명에 지장이 있는 상태: 치료 계획요청

- EG ☐ 심각한 알레르기 (Epi-pen 처방전)
 EK ☐ 당뇨 타입 1
 NP ☐ 발작(응급약 지참)
 RG ☐ 천식 - 심한경우

선청성/ 유전

- AH ☐ 다운신드롬
 AJ ☐ 태아 알코홀 스펙트럼

혈액/ 혈액학

- BA ☐ 빈혈
 BB ☐ 혈우병
 BC ☐ 겸상적혈구 질환특성
 OJ ☐ 심한 코피 병력

심장

- CC ☐ 출생시 심장 결함
 CD ☐ 심장 울림

알러지, 면역, 내분비, 신진대사 그리고 영양

- ED ☐ 알러지- 음식
 EE ☐ 알러지- 곤충
☐ 알러지- 다른종류
 EL ☐ 당뇨 타입 2

위장, 치아 그리고 구강

- GA ☐ 셀리악병
 GG ☐ 음식 소화 장애 리스트: _____
 GL ☐ 유당 소화 장애
 GF ☐ 유분증
 GO ☐ 만성변비
 GH ☐ 위산역류
 GJ ☐ 염증성 장 질환
 GK ☐ 과민성 대장 증후군
☐ 치과/구강 상태

근골격계

- MC ☐ 청소년 루마티즘/ 특발성 관절염

신경계

- NB ☐ 과다행동장애/ 주의력 결핍장애 진단
 NC ☐ 자폐증
 NE ☐ 뇌성마비
 NF ☐ 발달장애
 NH ☐ 편두통
 NI ☐ 재발되는 두통
 NP ☐ 발작 장애 ☐ 현재 ☐ 과거에
 NU ☐ 외상성 뇌손상

이식

- OD ☐ 이식받은 장기를 적으십시오: _____

정신 또는 행동건강

- PA ☐ 불안장애
 PC ☐ 우울증
 PH ☐ 수면장애

호흡기관/ 숨쉬기

- RG ☐ 천식-현재
 RH ☐ 천식- 한번이라도 진단받음
 RA ☐ 천식 - 운동 후 나타남
 RE ☐ 반응성 기도질환

피부

- SB ☐ 습진/ 접촉 피부염 / 건선의

콩팥/ 신장

리스트: _____

Ear / Hearing

- YA ☐ 만성 귀 감염증 ☐ 현재 ☐ 과거
 YB ☐ 청력문제 - 보청기 인공 달팽이관

EYE / Vision

- YF ☐ 안경/컨택트렌즈
 YE ☐ 색맹
 YD ☐ 시력 장애

다른 증상들 : _____

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 요합니까? ☐ 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 ☐ 미주 신경 자극 기계 OLB ☐ 자동 내부 심장 제세동기 OLC ☐ 심장 속도 조절기 (페이스 메이커) OLD ☐ 위장튜브 OLE ☐ 소장에 연결한 튜브(제주노스토피) ☐ 브레이스 ☐ 의족, 의수 등 - 리스트: _____ ☐ 다른 의료 장비들: _____	OKA ☐ 위장보조장치 OKB ☐ 인공 대장 OKD ☐ 기관절제술 OKE ☐ 인공소변줄 OK ☐ 기타: _____	☐ 휠체어 ☐ 목발 ☐ 기타- 리스트: _____

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.**

면제가 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 등록한 모든 학생은 대체 학교나 학군 프로그램에 참여하는 경우에도 예방접종 규칙을 따라야 합니다. 여기에는 홈 스쿨 프로그래밍, 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: 입학을 위한 필수 예방접종을 확인하려면 첫 번째 열에서 자녀의 학년을 찾으십시오. 페이지에서 해당되는 행을 살펴보고 자녀의 입학에 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), 워싱턴 주 예방 접종 정보 시스템)에서 인쇄하십시오.

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

자녀의 성: _____ 이름: _____ 종간 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 • 어린이집/유치원 입학 시 필수	월/일/년	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(<i>Haemophilus influenzae type b</i> B형 해모필루스 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)) ☐ 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)							
Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.							

Document 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.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella
☐ 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: _____

If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Certificate of Immunization Status (CIS, 예방접종증명서)은 인체항원시스템에서 인체항원시스템에서

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

당당 의료진 사무실에 Washington State Immunization Information System에 예방 접종 내용을 입력했다는 문의하십시오. 입력한 경우 IIS에서 CIS를 인쇄하도록 의료진 측에 요청하면 자녀의 예방 접종 정보가 자동으로 입력됩니다. <https://wa.myr.net>으로 접속해 MyIR에 가입하고 로그인하여 CIS를 채택에서 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: waisrecords@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). 유효한 백신 접종 날짜를 날짜란에 기재하십시오. 예를 들어, Pediatrician을 전한 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.
 - 교직원인 IIS에 액세스하여 자녀의 수두 병력을 확인할 수 있는 경우, 백신 부분의 Varicella(수두) 아래 확인란에 체크할 것입니다.
4. 자녀가 유효한 감서(역가)로 면역 양성을 보이는 경우, 담당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity(수두) 부분의 확인란에 체크하고, 양식에 서명과 날짜를 기재하도록 요청하십시오. 본 CIS와 함께 예방 접종 기록을 제공해야 합니다.
5. 아래 지침에 따라 의학적으로 확인된 기록거절물을 제공하십시오.

비밀이요 기밀

이것이 바로 이 책의 핵심입니다. 예시를 통해 아래와 같은 스킬을

- 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 포함된 CIS 작성 완료 출력물. 학교 행정 담당 직원 또는 지명인인 () 니다.

조건부 상태:

[illegible]

30일 조거부 기간이 마료되었는데 학교

Certificate of Exemption(COE), 면제 증명서) 양식이 포함되어 있습니다.

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	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	Pevnar	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).