



학생 이름 \_\_\_\_\_ 학교 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**일 반 정 보**

\_\_\_\_\_ 는에 여행 예정입니다 \_\_\_\_\_

여행 목적 \_\_\_\_\_

목적지 \_\_\_\_\_ 전 화. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

주 소 \_\_\_\_\_ 숙 소 \_\_\_\_\_

출발 장소 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM

날 짜 \_\_\_\_\_ 학교 도착 일 \_\_\_\_\_ 날 짜 \_\_\_\_\_

시간 \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM ☐ 여행일정서 첨부 ☐ 필요 물품 목록 첨부

**운 송 방 법**

☐ 교육청 차량 ☐ 상업용 차량 ☐ 교육청 버스 ☐ 기타 (설명) \_\_\_\_\_

**의 료 정 보**

현재 및 새로운 건강 문제는 아래에 기록되어 학교가 후원하는 행사 동안 교육구가 적절한 예방 조치를 제공할 수 있도록 해야 합니다. 알레르기, 당뇨병, 발작, 천식 및 기타 건강 상태와 같은 상태를 나열하십시오.

\_\_\_\_\_

귀하의 학생이 자신의 건강 상태와 관련하여 처방약이나 일반의약품을 필요로 합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

학생이 처방약 또는 비처방 약품을 필요로 하는 경우 담당 의료 서비스 제공자가 서명한 HS 500 양식을 제출해야 합니다. 이 양식은 학교의 주요 사무실이나 교육구 웹사이트에서 구할 수 있습니다.

학생에게 자외선 차단제나 방충제 사용에 대한 도움이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

의료 보험? ☐ 예 ☐ 아니오 보험업체 이름: \_\_\_\_\_

치과 보험? ☐ 예 ☐ 아니오 보험업체 이름: \_\_\_\_\_

학생 상해 보험을 권장합니다. 저렴한 요금제와 신청서는 [www.myers-stevens.com](http://www.myers-stevens.com)에서 이용 가능합니다.

선호하는 의료 제공자/진료소 이름: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_

선호하는 치과 제공자/진료소 이름: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_

이 활동은 학생들에게 학습 경험을 제공하고 교실 학습을 적용할 수 있는 기회를 제공합니다. 이 활동에 대해 질문이나 우려 사항이 있는 경우 다음으로 문의하십시오: \_\_\_\_\_

**의 료 승 인**

사고나 질병이 발생한 경우, 학부모/보호자에게 즉시 연락하기 위해 합당한 노력을 기울일 것임을 이해합니다. 그러나 본인이 참석할 수 없는 경우 학군이 필요에 따라 응급 의료 서비스를 확보할 수 있도록 승인합니다.

학군이 안전한 환경을 제공하기 위해 합당한 노력을 기울일 것임을 이해하지만, 본인은 신체 상해 및/또는 사망을 포함하여 활동 참여에 내재된 특수한 위험 및 위험. 위험을 충분히 인지하고

본인은 이로써 (student) \_\_\_\_\_ 이 활동에 참여하는 것에 동의합니다.

학부모/보호자 이름 \_\_\_\_\_ 낮에 가능한 전화 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

집 주소 \_\_\_\_\_ 저녁 전화(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

비상 연락처 \_\_\_\_\_ 비상 연락번호 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

부모/보호자 서명 \_\_\_\_\_ 날 짜 \_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명은 위에서 설명한 활동에 대한 지식과 승인을 반영합니다.  
이 양식은 학생이 활동에 참여하기 전에 학교에 제출해야 합니다.