

비상 연락 카드 (영어 및 인쇄체로 기입)  
EMERGENCY CONTACT CARD (Print information)

200\_\_에서 200\_\_학년도  
SCHOOL YEAR 200\_\_ to 200\_\_

학생: 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 성별 \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Student: Last Name First DOB Sex

학부모/보호자 (학생과 함께 생활하는): \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian (Student resides with) Relationship

학부모가 의사소통을 위해 선호하는 언어 \_\_\_\_\_ 서면 \_\_\_\_\_  
Parent's Preferred Language of Communication: Written Oral

집 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 직장 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 휴대폰 ( ) \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_  
Home Telephone Work Telephone Cell No. E-mail

주소 \_\_\_\_\_ 아파트 \_\_\_\_\_ 보로 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_  
Address Apt. Borough ZIP

그외 부모/보호자: \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
Other Parent/Guardian: Relationship

학부모의 선호 의사소통 언어 \_\_\_\_\_ 서면 \_\_\_\_\_  
Parent's Preferred Language of Communication: Written Oral

집 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 직장 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 휴대폰 ( ) \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_  
Home Telephone Work Telephone Cell No. E-mail

주소 \_\_\_\_\_ 아파트 \_\_\_\_\_ 보로 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_  
Address Apt. Borough ZIP

자녀가 학교에서 아프거나 비상 사태 발생 시 연락할 수 있는 세(3) 명의 성함을 아래에 기재해 주십시오  
List below names of three (3) persons who may be called in case of emergency or if child is sick in school.

이 카드에 기재된 분들만 자녀를 인계 받으실 수 있습니다. / CHILD WILL BE RELEASED ONLY TO PERSONS NAMED ON THIS CARD.

이름 \_\_\_\_\_ 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
이름 \_\_\_\_\_ 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
이름 \_\_\_\_\_ 전화 ( ) \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_  
Name Telephone Relationship

자녀에게 접근해서는 안 되는 사람이 있으면 기재해 주십시오:

If there is a person who may NOT HAVE ACCESS to child, please indicate:

이름 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_ 보호 명령이 있습니까? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
Name Relationship Order of Protection Exists? Yes No

본 카드 정보에 변경 사항이 생길 경우 바로 교장선생님께 서면으로 통지 하겠음  
Principal will be notified in writing of any changes to information on this card

학부모/보호자 서명 Signature of Parent/Guardian

학년 \_\_\_\_\_ 학급 \_\_\_\_\_ 교실 번호 \_\_\_\_\_ 교사 \_\_\_\_\_  
Grade Class Room No. Teacher

건강 정보 / HEALTH INFORMATION

담당 의사/클리닉 이름: \_\_\_\_\_ 전화 ( ) \_\_\_\_\_  
Name of Physician/Clinic: Telephone

건강에 관한 유의 사항 / Health Alert

자녀가 신체적 활동 참여에 영향을 줄 수 있는 건강 문제가 있습니까? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
Does child have any health condition that may affect participation in physical activities? Yes No

제한 내용 \_\_\_\_\_ (예: 계단 오르기, 체육 활동)  
Limitations (e.g., stair climbing, participation in gym)

알레르기 / Allergies \_\_\_\_\_  
금년도의 제 504항 서비스 요청 유무? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_ 전년도? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
504 services for the current year? Yes No Previous Year? Yes No

자녀는 다음 보증을 가지고 있습니다 (해당 사항에 X): 민간 건강보험 \_\_\_\_\_ 메디케이드 \_\_\_\_\_ 건강보험 없음 \_\_\_\_\_  
My child has (X any that apply) Private health insurance Medicaid No health insurance

"건강보험 없음"인 경우, 보험 옵션에 관한 정보를 얻기 위해 이 카드의 연락처 정보를 공유하시겠습니까? 예 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_  
If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options? Yes No

자녀가 아프거나 다친 경우 카드에 기재된 분들에게 연락이 닿지 않을 때 학교측에서 어떻게 조치하기를 바라십니까?  
If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

응급 사태에 대한 최종 처리는 학교 당국의 판단에 따르기로 함을 이해합니다.

위에 기재된 학부모의 권고를 최대한 존중합니다.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

형제 자매 / Siblings: 성 / Last Name 이름 / First Name 재학중인 학교 / School of Attendance  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

학교용 / FOR SCHOOL USE

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record \_\_\_\_\_  
Date Contact Reason Disposition  
/ / \_\_\_\_\_  
/ / \_\_\_\_\_  
/ / \_\_\_\_\_