

뉴욕주 21 세기 커뮤니티 학습 센터(CCLC)
[프로그램 이름] 등록신청서 [학년]

학생 사진(옵션)	학생 성명: 선호하는 이름:	생년월일:	성별:	
	학생 주소:			
	집 전화:	모국어:		
	인종/민족: <input type="checkbox"/> 미국 원주민/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 군도 <input type="checkbox"/> 2 가지 이상의 인종 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
	학생증 번호 (프로그램에서 작성): <input type="checkbox"/> 뉴욕주 교육부 학생증 <input type="checkbox"/> 지역 학생증	재학 중인 학교:	학년:	
	학생 담임 교사(1-5 학년 학생만 해당). 해당하지 않을 경우 NA 표시			
	학생 등록인 이름:	학생과의 관계: <input type="checkbox"/> 학부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 친인척 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
	학생 등록인 주소 (학생 주소와 다를 경우):			
	학생 등록인 전화번호: 이메일:			

비상 연락처:	자녀 픽업 허가	기본 전화번호	기타 전화번호/이메일
기본 연락처:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
기본 연락처:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
보조 연락처:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

프로그램이 끝난 후 학생 인도

프로그램이 끝난 후에 자녀가 혼자 집에 갈 수 있도록 허락합니다. 예 아니요
 그렇지 않을 경우 프로그램이 끝난 후에 본인 또는 다음 중 한 명이 자녀를 픽업합니다.

이름:	전화번호:	학생과의 관계:
이름:	전화번호:	학생과의 관계:

다음 사람은 제 자녀를 픽업하면 안 됩니다.

이름:	학생과의 관계:
이름:	학생과의 관계:
이름:	학생과의 관계:

의학적 응급 상황 시 학생 인도

응급 상황에 본인이 없을 경우 다음 사람 중 한 명이 제 자녀를 픽업할 수 있습니다.

이름:	전화번호:	학생과의 관계:
이름:	전화번호:	학생과의 관계:

학생 건강 정보

모든 정보는 기밀이며 프로그램 직원이 학생의 안전을 보장하기 위해 정보를 사용합니다.

귀하의 자녀가 다음 사항에 해당합니까?

알레르기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	알레르기가 있다면 어떤 알레르기인지 기재하십시오. 알레르기가 있다면 EpiPen 을 사용합니까? <input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요
천식	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	천식이 있다면 자녀가 흡입기를 사용하거나 복용하는 약이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요
비만	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	비만인 경우 의약품이나 혈당 모니터링이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요 비만인 경우 글루카곤 처방전이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요
발작 장애	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발작 장애가 있는 경우 발작을 예방하거나 치료하는 약이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요
시력 문제	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	시력 문제가 있는 경우 안경이나 콘택트렌즈 외에 학교에서 필요한 보조기구가 있다면 기재하십시오.
청력 문제	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	청력 문제가 있는 경우 보청기 외에 학교에서 필요한 보조기구가 있다면 기재하십시오.
신체 활동의 어려움	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	자녀가 학교 체육 수업에 어려움 없이 참여할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 어려움이 있는 경우 해당 활동을 기재하십시오.
기타 의약품	<input type="checkbox"/> 예* <input type="checkbox"/> 아니요	예라고 답하셨으면 상세히 기재하십시오.

자녀에게 특수한 식단, 기타 건강 관련 도움 또는 행동적/정서적 도움이 필요합니까?
예라고 답하셨으면 상세히 기재하십시오.

** 프로그램에서 복용하거나 투여하는 의약품은 학부모/법적 보호자의 서면 동의 및 의사의 지시서가 필요합니다. 자세한 사항은 프로그램 감독/현장 코디네이터와 확인하십시오.*

동의서

자녀가 21st CCLC 프로그램에 등록하고 참여할 수 있도록 허락합니다. 예 아니요

다음 합의 및 동의는 21st CCLC 프로그램 참여 허가에 대한 전제 조건이 아님을 확인합니다. 예 아니요

자녀의 응급 치료에 동의합니다. 예 아니요

자녀가 [프로그램 이름] 진행 중 인터뷰에 참여하거나, 인용되거나, 사진, 영화 또는 비디오 촬영에 참여하는 것에 참여하는 것에 동의합니다. 또한 인쇄물, 인터넷 및 기타 모든 형태의 미디어에서의 사용을 포함하여 비영리 목적으로 상기 언급된 제품을 편집, 사용 및 재사용할 수 있는 권한을 [프로그램 이름]에 부여합니다. 위 내용과 관련한 모든 청구, 요구, 책임으로부터 [프로그램 이름], 대리인, 직원을 면책합니다. 예 아니요

자녀가 프로그램 현장 외부에서 감독 하에 현장 학습에 참여하는 것에 동의합니다. 예 아니요

교통수단, 의약품, 정보 공개, 현장 학습 등의 상황에 대한 허가가 추가적으로 필요할 수 있음을 확인합니다. 예 아니요

자녀의 안전을 위해 자녀의 특수 요구에 대한 정보를 프로그램에 제공했습니다. 예 아니요

교육적인 혜택을 위해 필요한 경우 등록 학교가 자녀의 특수한 학습 요구에 대한 정보를 21st CCLC 프로그램 직원과 공유함을 본인은 확인합니다. 예 아니요

변경 사항이 발생할 때마다 1년에 한 번 이상 해당 정보를 검토하고 갱신하는 데 동의합니다. 예 아니요

프로그램 직원과 자녀의 21st CCLC 프로그램 참여 및 진행 상황에 대해 이야기하는 것에 동의합니다. 예 아니요

자녀의 참여(일부 또는 전체)에 대한 생각이 바뀌면 즉시 현장 코디네이터에게 연락하겠습니다. 예 아니요

학생 데이터 요구 사항 및 설문 조사/인터뷰 동의

본인은 모든 학생 성공법(Every Student Succeeds Act, ESSA)의 Title IV, Part B 에서 요구하는 바와 같이 현지 21 세기 커뮤니티 학습 센터(21st CCLC) 프로그램의 품질 및 진행 상황과 학생 성장을 지원하기 위한 뉴욕주의 프로그램의 효율성을 측정 및 평가하는 목적으로 자녀의 학업, 행동, 출석 및 참여 정보가 뉴욕주 교육부 및 해당 합법적인 계약업체와 공유된다는 점을 이해합니다(일반적으로 섹션 4205(b) 및 4203(14) 참조).

자녀와 본인이 21st CCLC 프로그램과 그 효과에 대한 설문 조사 및 인터뷰에 참여하도록 요청받을 수 있다는 것을 이해합니다. 설문 조사 및 인터뷰에 참여하고 싶지 않은 경우에는 다음 확인란에 표시하십시오.

아래에 서명하여 본인은 상기 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 확인합니다.

학부모/관계자/법적 보호자 이름

학부모/관계자/법적 보호자 서명

서명일