



Health and Emergency Form

431 Madrid Ave. Torrance CA 90501
 gracewaykoreanschool@gmail.com
 310-787-7767, 310-413-3131

한글 이름: Korean Name:		영어 이름: English Name:	
성별: 남 여 Gender: Male / Female	나이: Age:	보호자 성함: (부) Parent Name: (Father)	
생년월일: Date of Birth:		보호자 성함: (모) Parent Name: (Mother)	
(부) 전화번호: Telephone Number (Father):		(모)전화번호: Cell Phone Number (Mother):	
이메일: Email:		주소: Address:	
위급 사항 시 연락처: Emergency Contact /		긴급 연락 번호: Phone Number	
주치의사 성명: Name of Family Physician		주치의사 전화번호: Phone Number of Family Physician	
1. 이 학생은 은혜로 한국학교에서 활동하기에 합당치 못한 건강상의 문제가 있습니까? Is there any health issues or difficulties for the student to participate in any activities in school? 예 (Yes) 설명해 주십시오 (explain): 아니요 (No)			
2. 이 학생은 알러지가 있습니까? Does the student have allergies? 예 (Yes) 설명해 주십시오 (explain): 아니오 (No)			
3. 기타 다른 건강상의 문제점이 있으면 기술해 주십시오. Please indicate any health-related issues.			
<p>위의 학생과 학부모님은 은혜로한국학교에 등록하기를 위하여 부모의 동의를 얻어 이 지원서를 제출하며 학생 및 보호자는 학교에서 정한 규칙을 지킬 것을 약속합니다. 한국학교에서는 사고의 방지를 위해 최선을 다할 것이나 은혜로한국학교에서 일어난 어떠한 사고에 대해서도 은혜로 한국학교 및 지도 교사, 혹은 은혜로교회에 책임을 전가하지 않을 것을 약속합니다. 위의 모든 사항에 동의하여 아래에 서명합니다.</p> <p>The parent and the student agree to register to Graceway Korean school and promise to follow the rules and regulations of the school. We will do our utmost to prevent any cause of accidents or problems.</p>			
부모님 성함:		서명 및 날짜:	
등록 (OFFICE ONLY) Check #:	특별활동비: PAID / UNPAID Extracurricular Activity Fee		

부모 동의서 (PARENT'S AGREEMENT)

1. 내 자녀가 대면 수업에 참여함을 동의 합니다.
I agree that my child will participate and attend in-person sessions.
2. 내 자녀가 간식시간 외에 마스크를 착용할것을 동의합니다.
I agree that my child will wear a mask all the time except snack time
3. 매주 등교전 온라인 자가발열검사지를 학교에 제출할 것에 동의 합니다.
I agree that I will turn in daily wellness check for my child every week before coming to school.
4. 등교시 내 자녀가 학교측의 발열 검사와 손 세정제를 사용케 함을 동의 합니다.
I agree that the school will check my child's temperature and sanitize their hands before entering their classrooms.
5. 팬데믹이 심해질 경우 온라인 수업으로 변경 될 수 도 있음에 동의 합니다.
I agree that the class will be held online if the pandemic worsens over the semester.
6. 내 자녀가 코로나 바이러스 전염 증상 (발열, 마른기침, 피로감, 몸살 증상, 인후통, 콧물, 설사, 두통, 구토, 피부 발진, 손 발가락 변색, 결막염, 미각 또는 후각 상실, 가슴 통증, 호흡곤란...등등)시 학교에 등교시키지 않을 것을 동의 합니다.
I agree that I will not let my child attend the school if she/he shows any of the symptoms (fever, cough, flu like symptoms etc.) of the corona virus.

날짜:

(Date)

자녀 이름:

(child's name)

부모 이름:

(Parent's name)

서명:

signature
