

**AUHSD 방과 후 교내 스포츠/활동 프로그램
응급시 건강 및 의료 동의서**

학생 정보

학생이름 _____ 연령 _____ 학년 _____ 학생ID# _____
생년월일 _____ 성별: 남자(M) 여자(F)
주 소 _____ 도시 _____ Zip _____

부모/보호자 정보

아버지 이름 _____ 휴대전화# _____
어머니 이름 _____ 휴대전화# _____
가정주치의 _____ 전화번호# _____

비상시 연락처 정보

주의사항: 부모 또는 승인 받은 성인의 허락 없이 학생은 학교 또는 병원에서 나갈 수 없습니다. 만일 학생을 학교에서 귀가 시켜야 하는 응급 상황인데도 부모가 연락이 닿지 않는 경우 학교나 병원에서 연락을 취해도 되는 사람의 이름과 연락처를 쓰시오.

이름/학생과의 관계 _____ 휴대전화# _____
이름/학생과의 관계 _____ 휴대전화# _____

학생 건강 정보

주의사항: 학생이 정기적으로 복용해야 하는 약(들)이 있다면 학부모는 반드시 학교에 알려주어야 합니다(교육법 49480).

약의 이름과 복용량 _____
학생이 알레르기가 있습니까? 예 아니오 _____
과거의 부상/수술 _____
학생이 천식을 앓고 있습니까? 예 아니오 가장 최근 과상품 예방주사 추가 접종일 _____

의료 보험 정보

주의사항: 학교나 교육구는 학교에서나 또는 학교에서 후원하는 교외 활동에서 부상을 당한 학생에 대한 의사의 진료비나 치료 비용을 지불하지 않습니다. 학교를 통하여 이러한 비용의 일부를 지불해주는 학생 사고 보험에 대한 정보를 받으실 수 있습니다.

학교를 통해 보험을 구입하셨습니까? 예 아니오

가입자의 이름 _____
보험 회사 이름 _____ 보험증서 번호 _____ 전화번호 _____

나/우리는 학교, 위탁 병원 및 의사 그리고/또는 운동 트레이너가 이 학생의 건강과 안녕을 보호하기 위하여 필요하다고 사료되는 응급처치, 응급치료 및 모든 예방과 재활 치료를 제공하는 것을 **허락합니다. 또한 나/우리는**, 필요하다고 여겨지는 경우, 이 학생의 건강과 안녕을 보호하기 위해 치료가 가능한 그리고/또는 믿을만한 시설에 입원시키는 것과 응급치료를 시행할 것을 **허락합니다. 추가적으로 나/우리는** 애나하임 통합 고등학교 교육구, 위탁 병원 및 의사 그리고/또는 운동 트레이너, 기관, 고용인 및 교직원을 이 학생의 피해 및/또는 부상에 대한 **책임에서 면제합니다. 나/우리는** 스포츠에 참여함으로써 인해 발생한 그 모든 피해 및/또는 부상에 대하여 **전적인 책임을 질** 것입니다.

부모/보호자의 서명 _____ 날짜 _____

학생 선수의 서명 _____ 날짜 _____