



학부모/보호자를 위한 등록 정보

만약 귀하가 처음으로 와이코미코 공립학교에 귀 자녀를 등록시키면, 아래 양식을 완성 시켜 주십시오:

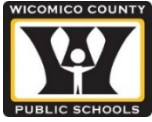
- ❖ 학생 개인 자료 및 등록 정보 양식
- ❖ 메릴랜드 학교 신체 검사 기록
- ❖ 개인 인종 및 민족 양식
- ❖ PreK3(유아원) 또는 PreK 4(유치원) 신청서 (해당하는 경우)
- ❖ 유아원 경험 양식 (PreK3 – 유치원)
- ❖ 어린이 조사 (PreK3 – 유치원만 해당함)
- ❖ 주디 중앙 협력 센터 양식 (비버 런과 펨벌튼 PreK3 –유치원 만 해당함)

귀 학생을 등록시키기 위해 다음 항목들을 가지고 오십시오:

- ❖ 출생 증명서
- ❖ 사회 보장 카드 (SSC)
- ❖ 예방 접종 기록과 현재 신체 검사서 기록
- ❖ 유아원 3 세와 4 세만을 위한 수입 증명서 “2016 년 세금 보고(Tax Return)”
 - 4개의 최근 연속 급여 명세서
 - 메릴랜드 주 혜택 자격 증명서 (해당되는 경우)
- ❖ IEP 또는 504 (해당하는 경우)
- ❖ 법원 양육권 서류 (해당하는 경우)
- ❖ 성적 증명서 또는 현재 성적표 (해당하는 경우)
- ❖ 거주 증명서 두 양식...
 - 집 소유자
 - 아래의 한가지가 더해진 모기지/재산세 고지서:
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 가스 요금 고지서
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 수도 요금 고지서
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 전기 요금 고지서
 - 임차인/임대
 - 아래의 한가지가 더해진 현재의 임대차 계약서:
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 가스 요금 고지서 s
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 수도 요금 고지서
 - 서비스 주소가 명시되어 있는 현재의 전기 요금 e.

위에 기재된 모든 주택 항목엔 학부모나 법적인 보호자의 이름이 명시되어 있어야 합니다.

귀하가 누군가와 함께 살고 모든 고지서가 그 사람의 이름으로 되어 있다면 “공유 거주”를 한다는 서류 작업을 완료 하시길 바랍니다. 이것은 학부모/보호자 와 함께 살고 있는 그 사람과 양쪽 모두는 거주 증명서로 제공되는 모기지/임대차 계약서에 그 사람의 이름이 들어 있다는 라이선스나 사진이 있는 증명서를 제공해야 하기 때문 입니다.



학생 개인 자료 및 등록 정보

학년도 _____

금년 학교 학년 _____

학생 정보

법적인 이름 _____ 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 e _____ Suffix _____ 성별 _____ 남 _____ 여 _____ 생년월일 _____ / _____ / _____ 월 일 년

출생지* _____
미국 또는 나라

*출생지가 미국 밖이면 다음 질문에 응해 주십시오:

언제 학생이 처음으로 미국에 들어 왔습니까? _____ 학생이 만 3년 이상 미국에 있는 한 학교 또는 그 이상의 학교에 다닌 적이 있습니까? 예 _____ 아니오 _____

집 주소 _____ 집 번호 - 거리/길 이름 _____ 우편 주소 _____ 우편함 또는 집 번호-거리/길 이름 또는 집 주소와 동일 _____

시, 주 그리고 우편 번호 e _____ 시, 주 그리고 우편 번호 또는 집 주소와 동일 _____

학생은... 학생 이 마지막 다닌 학교에 대한 정보...

IEP 를 가지고 있습니까? 예 _____ 아니오 _____ 학교, 시, 주 이름 _____

504 플랜을 가지고 있습니까? 예 _____ 아니오 _____ 마지막 출석한 날짜 _____

영어를 유창하게 말합니까? 예 _____ 아니오 _____ 학생은 현재 퇴학입니까? 또는 정학 입니까? 예 _____ 아니오 _____

학부모/법적인 보호자와 연락 정보

학부모/보호자 - 출생 증명서나 다른 법적 서류증명이 되어야 합니다.

학부모/보호자의 이름 _____ 학생과의 관계 _____

거리 주소 _____ 시, 주, 우편 번호 _____ 이메일 주소 _____

학생과 살고 있는지? 예 _____ 아니오 _____ 학교 우편물을 받는지? 예 _____ 아니오 _____ 모국어 _____

집 전화 _____ 직장 전화 _____ 휴대 전화 _____ 통역관이 필요합니까? 예 _____ 아니오 _____

고용주 이름 _____

학부모/보호자 이름 _____ 학생과의 관계 _____

거리 이름 _____ 시, 주, 우편 번호 _____ 이메일 주소 _____

학생과 살고 있습니까? 예 _____ 아니오 _____ 학교 우편물을 받습니까? 예 _____ 아니오 _____ 모국어 _____

집 전화 _____ 직장 전화 _____ 휴대 전화 _____ 통역관이 필요합니까? 예 _____ 아니오 _____

고용주 이름 _____

추가 비상 연락처 - 귀 자녀가 응급시나 자녀가 아프고 귀하와 연락이 불가능한 경우에 전화 연락하면 학교에 올 수 있는 사람들의 연락 정보를 제공하여 주십시오.

<p>비상 연락 1</p> <p>연락인 이름 과 학생과의 관계 _____</p> <p>주소 _____</p> <p>집전화 _____</p> <p>직장 전화 _____</p> <p>휴대전화 _____</p>	<p>비상 연락 2</p> <p>연락인 이름 과 학생과의 관계 _____</p> <p>주소 _____</p> <p>집 전화 _____</p> <p>직장 전화 _____</p> <p>휴대 전화 _____</p>	<p>비상 연락 3</p> <p>연락인 이름 과 학생과의 관계 t _____</p> <p>주소 _____</p> <p>집 전화 _____</p> <p>직장 전화 _____</p> <p>휴대 전화 _____</p>
---	---	---

응급 의료 연락 - 필요할 때만 전화를 합니다

의사 성명 _____ 업무 및 사무실 전화 번호 _____

사무실 주소 _____

귀하의 학생이 홍보 기회 참여 탈퇴를 선택하는 학생 홍보 절차 및 과정에 관한 정보는 학생 편람을 참조해 주십시오.

형제 정보

형제 자매의 이름, 생년월일과, 해당 학교 정보를 아래에 적어 주십시오..

형제 자매의 이름 _____	생년 월일 _____	출석하고 있는 학교 _____	학년 _____
형제 자매의 이름 _____	생년 월일 _____	출석하고 있는 학교 _____	학년 _____
형제 자매의 이름 _____	생년 월일 _____	출석하고 있는 학교 _____	학년 _____
형제 자매의 이름 _____	생년 월일 _____	출석하고 있는 학교 _____	학년 _____
형제 자매의 이름 _____	생년 월일 _____	출석하고 있는 학교 _____	학년 _____

교통 정보

학교 오고 가는 아동의 교통 정보를 제공 해 주십시오..

픽업(타는) 주소 (학교로)	드랍 오프 (내리는) 주소 (학교에서)
..에 의한 이동... 학교 버스 _____ 부모님 _____ 보행 _____ 버스 픽업 위치가 학생의 집 주소가 아니면, 데이 케어 정보를 주십시오. _____ 데이케어 제공자 이름 _____ 거리 주소 _____ 시, 주, 그리고 우편 번호 _____ 전화	..에 의한 이동... 학교 버스 _____ 부모님 _____ 보행 _____ 버스 드랍 오프 위치가 학생의 집주소가 아니면, 데이 케어 정보를 주십시오. _____ 데이케어 제공자 이름 _____ 거리 주소 _____ 시, 주, 그리고 우편 번호 _____ 전화

군인 모집인에 대한 정보 공개

(이 부분은 고등 학생 18 세 그리고 그 이상의 고교생의 부모 및 보호자가 작성해야 함)

연방법은 학생이 18 세 미만일 경우, 부모/보호자가 군인 모집인에게 제공해야 하는 정보의 참여를 원치 않으면, 학교 시스템은 군인 모집인 요청에 의해 학생 이름, 주소, 전화 목록을 제공해야 합니다. 학교는 군인 모집인에게 정보를 제공하지 않기로 한 학생들의 명단을 일년에 두 번씩 교육청에 보고 할 것입니다..

- 군인 모집인에게 제공하는 정보를 거부하고 싶지 않은 고등학생의 부모/보호자님들 및 18 세 이상의 학생 들은 아래 칸을 비워둬야 합니다.
- 군인 모집인에게 학생의 이름, 주소, 그리고 전화 목록 제공을 거부하고자 하는 고등학생의 부모/보호자님들 및 18 세 이상의 학생들은 아래 빈 칸을 체크하셔야 합니다.

연락 정보를 공개하지 마십시오 (선택적인 탈퇴).

- 학생 이름 (인쇄체로.) _____
- 부모/보호자 또는 학생 (18 세 또는 그 이상)의 인쇄체 이름 _____
- 부모/보호자 또는 학생 (18 세 또는 그 이상)의 서명 _____

요청된 서명

본인은 이 양식에 제공하는 모든 정보가 사실이며 정확함을 서명으로 확인합니다..

인쇄체 이름 _____ 서명 _____ 날짜 _____



학생 활동에 대한 홍보, 홍보를 거부할 권리

각 학년은 학생들의 활동을 축하하고 홍보하기 위해 많은 기회를 제공합니다. 홍보는 사진을 학교에 걸거나 뉴스 보도 자료들, TV 로 보내지는 사진 및 비디오, 라디오 및 신문, 미디어 인터뷰, 이야기, TV 용 사진 및 비디오, 신문이나 라디오 이야기들(교장의 재량으로)을 학교 TV 모니터에 표시하거나 교육 위원회 디스플레이, 특별 이벤트, 학교 사용 비디오나 학교 뉴스에 게시될 텔레비전 이야기나 학교 웹 페이지 및 교육원 웹 사이트의 게시하는 교육위원회 보도 자료나 학교와 관련된 기타 온라인 사이트나 학교 시스템이나 온라인 수업 관련 활동들이나 제한되지 않으나 포함이 된 많은 다양한 형태로 취해집니다.

이 학교와 와이코미코 카운티 공립 학교는 학생들의 성취도를 매우 자랑스럽게 생각하며, 부모와 보호자님들 역시 알고 계십니다. 홍보는 학생들의 긍정적인 학교 경험의 중요한 부분이 될 것입니다. **학생들이 홍보 기회에 가입되기를 원하시는 부모/보호자님들은 이 통지에 대한 조치를 취할 필요가 없습니다.**

자신의 학생이 홍보에 실리는 것을 원치 않는 어떤 부모/보호자님이든지 학생이 홍보에서 제외되는 것을 서면으로 학생의 학교에 통보해야 합니다. 이 통보는 새 학년도의 첫 날의 2 주 안에 서면으로 학교에 제공해야 합니다. 또는 와이코미코 학교에서 학생의 등록일로부터 2 주 내에 제공해야 합니다. 학교는 홍보에서 제외된 학생들의 기록을 유지하게 됩니다. 부모/보호자는 언제든지 변경을 학교에 서면 통지함으로써 학생의 홍보 상태를 변경할 수 있습니다.

특정 학교 행사는 사실상 공개적이고, 사진, 비디오, 사회 미디어 게시물 등등의 형태로서의 홍보는 가끔 학교 시스템과 학교의 통제 안에 있지 않는 것에 유의하시기 바랍니다. 이것은 콘서트, 시상식 프로그램, 과외 육상, 카운티 대회, 카운티 예술 공연과 홍보 및 고등학교 졸업식의 연말 행사 같은 행사들을 포함하고 있습니다. 부모/보호자가 학생의 이름이나 이 출판물에서 이미지를 보류하는 별도의 특정 서면 요청을 하지 않으면 학생의 이름이 졸업 앨범(사진과 함께)에, 작품에, 우등생 명단에, 행사프로그램에 게시될 것입니다.

질문이 있는 경우, 학생의 학교에 문의하시기 바랍니다. 감사합니다. 좋은 학년도가 되기를 바랍니다.



□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

연방 및 주 법은 메릴랜드 공립학교 학생들을 위해 다음과 같은 인종과 민족 분류 사용을 요구하고 있습니다. 아래 양식의 제 1 부와 제 2 부 모두를 작성해 주시기 바랍니다.

학생의 법적 이름: _____			
성	이름	중간 이름	Suffix
사회 보장 번호 _____ - _____ - _____		생년월일: _____	

지시사항: 제 1 부

아래에 있는 정의를 읽어 주시고 학생의 유산을 나타내고 있는 상자에 "X"를 기입해 주십시오. 이 양식이 돌아 오지 않을 경우 민족은 라틴 아메리칸이나 라틴계가 아닌, NO 로 구분이 되게 됩니다.

히스패닉(라틴 아메리칸) 혹은 라틴계- 인종에 상관 없이, 쿠바, 멕시코, 푸에토리코, 남 혹은 중앙 아메리카 또는 다른 라틴계의 문화나 출생지를 가진 사람. "스페인 출생"이라는 용어는 "히스패닉 혹은 라틴계"로도 사용될 수 있습니다.

제 1 부: 당신은 히스패닉 혹은 라틴계 입니까? 하나에 표시해 주세요: 예 아니요

지시 사항: 제 2 부

아래에 있는 설명을 사용하셔서, 학생의 인종을 최고로 잘 나타내고 있는 상자(들)에 "X"를 기입해 주십시오. 히스패닉의 민족성과

상관없이, 여러분께서는 반드시 한 인종을 선택하셔야 합니다. 하나 이상의 응답이 선택될 수 있습니다. 만약 이 양식이 완성되지

않으면 학생의 인종은 학교 지역구 누군가에 의해서 확인되게 됩니다.

제 2 부: 하나 또는 그 이상의 인종을 표시해 주세요 :

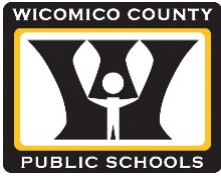
1	<i>미국 인디언 혹은 알래스카 원주민</i>	(중앙 아메리카를 포함한) 부족에 소속되거나 지역 사회에 애착을 유지하고 있는 북미와 남미 출신의 배경을 가진 사람.
2	<i>동양인</i>	극동 지역, 동남 아시아, 또는 캄보디아, 중국, 인도, 일본 한국, 말레이시아, 파키스탄, 필리핀 군도, 태국과 베트남을 포함한 인도 아대륙의 출신 배경을 가진 사람.
3	<i>아프리카계 미국인</i>	아프리카 인종 그룹의 배경을 가진 사람
4	<i>하와이 원주민 혹은 태평양 섬 원주민</i>	하와이, 괌, 사모아, 또는 기타 태평양 제도 출신의 배경을 가진 사람
5	<i>백인</i>	유럽, 중동 또는 북아프리카 출신의 배경을 가진 사람

저는 이 양식의 정보가 정확하다는 것을 인정합니다. _____
학생(18 세 이상), 학부모 혹은 보호자 서명 날짜

혹은

인종을 재확인하는 것을 거부하는 경우에만 아래에 서명하세요.
이 양식에 적혀 있는 학생(18 세 이상) 혹은 학생의 부모/보호자로서
저는 인종과 민족을 **확인하는 것을 거부합니다** _____
학생 (18 세 이상), 부모/보호자 서명 (만약 확인하는 것을 거부 한다면) 날짜

만약 학생(18 세 이상), 부모/보호자가 인종 확인을 거부했다면
관찰자는 이 곳에 서명해 주십시오.
저는 이 양식에 적혀 있는
학생의 신원을 확인하는 관찰자입니다. _____
학교 관계자의 서명 및 지위 (학생이 18 세 이상일 경우만), 부모/보호자가 확인하는 것을 거부 했다면 날짜



와이코미코 카운티 공립학교

2017-2018 년도 공개가 제한된 4 세 아동 유치원 입학 신청서

Pre-K 4

아동은 9/1/2017 이나 이전에
4 세가 되어야 함

사무실 사용 (완료된 대로✓) Office Use Only (✓as completed)	
예방접종증명 _____	거주증명 _____ 주거 진술 (해당되는 경우) _____ 출생 증명 _____ 사회 보장(Social Security) _____

개인 자료 정보를 완성하십시오 (정자체로 기록해 주십시오)

아동의 법적 이름:		
홈스쿨:		
생년월일:	집전화:	이동전화:
부모/보호자 성명:		
주소:	시, 주, 우편번호:	

해당되는 곳에 표시하십시오(✓).	표시하세요 ✓
가족 중 한 명은 학년 동안 무료 또는 할인 급식을 받았음	
학생이름: _____ 학교: _____ 학년: _____	
노숙자 (공립이나 개인 보호소에서 거주함 등등)	
임시 현금 보조 (TCA) 케이스 번호: _____ 식권 번호: _____	

가족 및 수입 정보

(아래 수입에 관한 서류가 제공되어야 합니다)

위 아동을 포함해서 귀 가정에 거주하는 모든 사람의 이름	직장에서의 월 총액 (공제전)		월 복지 수당, 자녀 양육비, 별거 수당	월 사회 보장, 연금, 퇴직금	다른 월 수입
	직장 1	직장 2			
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$
7.	\$	\$	\$	\$	\$
8.	\$	\$	\$	\$	\$
9.	\$	\$	\$	\$	\$
# 가족 구성원수:	가족 총 수입 \$				

수입 도표- 7월1일 2017년 - 6월30일 2018년 유효**

	100% 무료 급식					185% 인하된 가격 급식				
	Annual (년)	Monthly (월)	Twice- Weekly (주2회)	Bi-Weekly (격주)	Weekly (주)	Annual (년)	Monthly (월)	Twice- Weekly (주2회)	Bi-Weekly (격주)	Weekly (주)
1	\$12,060	\$1,005	\$503	\$464	\$232	\$22,311	\$1,860	\$930	\$859	\$430
2	\$16,240	\$1,354	\$677	\$625	\$313	\$30,044	\$2,504	\$1,252	\$1,156	\$578
3	\$20,420	\$1,702	\$851	\$786	\$393	\$37,777	\$3,149	\$1,575	\$1,453	\$727
4	\$24,600	\$2,050	\$1,025	\$947	\$474	\$45,510	\$3,793	\$1,897	\$1,751	\$876
5	\$28,780	\$2,399	\$1,200	\$1,107	\$554	\$53,243	\$4,437	\$2,219	\$2,048	\$1,024
6	\$32,960	\$2,747	\$1,374	\$1,268	\$634	\$60,976	\$5,082	\$2,541	\$2,346	\$1,173
7	\$37,140	\$3,095	\$1,548	\$1,429	\$715	\$68,709	\$5,726	\$2,863	\$2,643	\$1,322
8	\$41,320	\$3,444	\$1,722	\$1,590	\$795	\$76,442	\$6,371	\$3,186	\$2,941	\$1,471
각 추가 가족원을 더합니다.	+\$4,180	+\$349	+\$175	+\$161	+\$81	+ \$7,733	+ \$645	+\$323	+\$298	+\$149

우선 순위 기준 (아동은 9 월 1 일 2017 년까지 4 세가 되어야 합니다)		표시하세요 ✓
4	출생 몸무게가 5 파운드 이하였습니다 (조산아)	
3	청각, 시각, 언어의 장애가 있거나 현재 특성화 교육(IEP) 혹은 개인 가정 서비스 계획(IFSP)에 있습니다	
2	영어를 제 2 외국어로 말합니다	
1	생활위기, 법원이 명령한 문서, 또는 사회 복지 사업부로부터 받은 서면으로 된 추천서를 가지고 있습니다	
기타		
교장 또는 관리자에 의해 결정됩니다		

수입에 관한 서류는 당신의 자녀가 프로그램에 입학하기 전에 제출되어야 하고 확인 받아야 합니다. 와이코 미코 카운티 공립 학교는 일년 내내 필요에 따라 추가 수입 서류를 요청할 권리를 가지고 있습니다. 프로그램에 입학되어 부적격하다는 판명이 될 경우 프로그램에 등록된 부적격한 아동에 대한 수업료를 산정할 수 있습니다.

아래 본인의 서명은 제출된 모든 서류가 정확하고 검증 가능하다는 것을 확인합니다. 이 신청서의 조항을 읽고 동의 합니다.

부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____

사무실만 사용(완료되었을 시✓) : 교장 또는 지명된 사람만 Office Use Only (✓as completed): Principal or Designee Only	
연방 가이드라인 :	100% _____ 최대 185%까지 _____ 최대 200%까지 _____ 최대 300%까지 _____ 300%이상 _____ (Federal Guidelines: 100% _____ up to185% _____ up to 200% _____ up to 300 _____ over 300% _____)
본인은 제공된 모든 수입 문서를 검토했으며, 이 사이트의 유치원 프로그램 요구 사항을 <input type="checkbox"/> 충족, <input type="checkbox"/> 미충족 했음을 발견했습니다. (I have verified all income documentation provided and found it <input type="checkbox"/> meets <input type="checkbox"/> does not meet, the Prekindergarten Program requirements for this site.)	
_____	_____
교장 인쇄체 (Principal Print)	교장 서명 Principal Signature 날짜 (Date)



WICOMICO COUNTY PUBLIC SCHOOLS

유아원 경험

2017-2018 학년도

메릴랜드 주 교육부는 와이코미코 카운티에 새롭게 등록된 유아원 학생들의 초기 보육 경험들에 대한 정보를 수집할 것을 요구하고 있습니다. 아래에 제공된 정의를 이용해서 자녀가 등록할 학교로 다음 정보를 보내 주시기 바랍니다.

학생 이름 _____ 생년 월일 ____/____/____
(학생의 법적 이름을 기입해 주시기 바랍니다.)

학교 _____

- 여러분의 자녀는 지난 9 월부터 집이나 친척에 의해서만 전적으로 보호를 받았습니까?
 예 아니오
- 만약 **아니라면**, 지난 9 월부터 여러분 자녀가 대부분의 시간을 보낸 초기 보육 장소는 어디입니까? (아래에 한 곳에만 체크해 주세요.)
 헤드 스타트 Head Start 유아원 (Pre-Kindergarten)
 어린이 보육 센터(Child Care Center) 가족 아동 돌봄(Family Child Care)
 비공공 어린이집 (Non-Public Nursery School) 유치원(Kindergarten)

위에 선택된 경험에 더해서, 여러분의 자녀는 아래의 서비스를 받은 적이 있습니까? 학교 이름, 센터나 제공자를 설명란에 기입해 주십시오. (적용되는 모든 곳에 체크하실 수 있습니다.)

	<u>설명</u>		<u>설명</u>
<input type="checkbox"/>	헤드 스타트(Head Start)	<input type="checkbox"/>	이븐 스타트(Even Start)
<input type="checkbox"/>	유아원 (Pre-Kindergarten)	<input type="checkbox"/>	히피 (HIPPIY)
<input type="checkbox"/>	유아 보육 센터 (Child Care Center)	<input type="checkbox"/>	교사로서의 부모 (Parents as Teachers)
<input type="checkbox"/>	가족 아동 돌봄 (Family Child Care)	<input type="checkbox"/>	아동 특수 교육 (Preschool Special Ed.)
<input type="checkbox"/>	비공공 어린이 집 (Non-Public Nursery)	<input type="checkbox"/>	나열되지 않은 기타 사항들(Others Not Listed)

초기 보육 경험에 관해 MSDE 에 의해 정의 된 범주

헤드 스타트 (Head Start). (아동 보호 MSDE 에 의해 허가된) 지역 공립학교나 비공공 기관에서 제공하는 저소득 가정에 속한 2 세에서 5 세를 위한 유아 프로그램

유아원 (Pre-Kindergarten). (MSDED 나 다른 주 교육 부서에 의해 규제되고 지역 교육회에 의해 관리되는) 4 세 된 영아를 위한 유아 교육 프로그램

아동 보육 센터 (Child Care Center). (아동 보호 MSDE 에 의해 허가된) 대체로 주거지역이 아닌 곳에서, 하루의 대부분 혹은 부분 동안을 부모의 부제시 제공되는 돌봄으로서 시설안에서의 보육

가족 아동 돌봄 (Family Child Care). (아동 보호 MSDE 에 의해 허가된) 자녀를 위해 제공자에게 지불되며 거주지에서 제공되는 돌봄

민간 어린이집 (Non-Public Nursery School). 대체로 9 개월에서 1 년 동안 하루에 부분을 3 세와 4 세 아동의 교육에 중점을 둔 유아원

유치원(Kindergarten). 유치원을 거둬하는 학생들

이븐 스타트(Even Start). (지역 교육 위원회에 의해서 관리되고 MSDE 에 의해 관찰되는) 유아, 가족 그리고 어른 교육 서비스를 포함한 가족 문맹 퇴치 프로그램

히피 (HIPPIY). (공공 기관에 의해서 관리되는)유아 아이들의 부모를 위한 홈 교육. 자녀의 초기 교육을 지원하기 위해 부모를 위한 홈 방문 프로그램

교사로서의 부모 (Parents as Teachers). (공공 기관이나 비공공 기관에 의해서 관리되는) 부모를 위한 자녀들의 초기 교육을 지원 홈 방문 프로그램

아동 특수 교육 (Preschool Special Education). 장애 아동을 위한 서비스

나열되지 않은 기타사항(Others not listed). 다른 나라에서 참석하는 것을 포함한 위에서 나열되지 않은 서비스나 다른 프로그램



Department of Early Childhood Programs
2424 Notthgate Drive, P.O. Box 1538
Salisbury, Maryland 21802-1538



Sandra L. Drummond
 Supervisor of Early Childhood and Title 1 Programs
 유아 및 타이틀 1 프로그램 관리자

친애하는 학부모/ 보호자분께,

몇 개월 내에, 교육 위원회에서는 학교 준비와 아동 돌보미의 중요성과 관련된 여러 문제들에 대한 설명회를 주관하게 됩니다. 저희가 다가오는 이벤트를 적절하게 준비하고 알려 드릴 수 있도록 아래에 사항을 기입해 주시기 바랍니다.

여러분의 협조와 지원에 미리 감사 드립니다.

자녀 설문 조사

학부모 이름 : _____ 학교 : _____
 주소 : _____ 도시 : _____ 주 : _____ 우편 번호 : _____
 이메일 : _____

자녀 이름 (신생아에서 5세까지만)	생년 월일	나이

당신은 하루 중 몇 시에 준비 이벤트에 참여하실 수 있습니까?

_____ 아침 _____ 오후 _____ 이른 저녁 _____ 주말



Melya P Wright
Principal/program
Coordinator

Wicomico County
Judy Center Partnership Programs

1101 Robert Street
Salisbury, Maryland 21804
Office :410 677-5900
Fax : 410-677-5904



Trina Tilghman-Dix
Program Coordinator



학년 _____

쥬디 센터는 출생부터 6세까지의 아동과 그 가족을 대상으로 광범위한 서비스를 제공합니다. 초등 학교 프로그램, 가족 지원 서비스 및 보건 서비스에 대한 링크 및 전환을 제공하며 가족의 요구가 충족되고 서비스에 중복이나 틈이 없음을 보장합니다.

학생 이름 : _____

쥬디 센터 파트너와 친구는 다음과 같습니다. (귀하의 가족이/관련 되어 있는 프로그램을 체크하십시오)

- | | |
|--|--|
| _____ Early Head Start | _____ Tenderheart Early learning Center |
| _____ Head start | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ WELC PreK 3 | _____ Wor-Wic's Jordan Center |
| _____ BP/PEM/WELE PreK4 | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ Infants and Toddlers | _____ Christian Community Childcare Center |
| _____ 에서 _____ 까지 | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ Munchkinland. | _____ Child Find |
| _____ 에서 _____ 까지 | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ JC Family Reading/Math Nights | _____ Lightning Bug School |
| #참석 _____ | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ JC Playgroups | _____ BR/PEM/WELC Summer School |
| #참석 _____ | _____ Lap Time (Wicomico Libray) |
| _____ Time for Two's (Wicomico Libray) | #참석 _____ |
| #참석 _____ | _____ Healthy Families |
| _____ 에서 _____ 까지 | _____ Lower Shore Early Intervention Prog. |
| _____ Family Support Center, Shore Up!, Inc. | _____ 에서 _____ 까지 |
| _____ 에서 _____ 까지 | |



당신의 자녀 및 가족에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 다음의 정보를 기입하십시오:

학부모/보호자 이름: _____

주소 : _____

자녀(들)의 이름	생년월일	성별	인종
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

함께 일하는 기관의 강력한 초점은 파트너들로 구성된 서비스 조정팀과 어린이 및 그 가족에 관한 정보를 공유하도록 요구합니다. 이것은 모든 사람이 가족과 함께 계획하고 일하고 자녀의 개인적인 필요에 집중하도록 보장합니다. 그 결과 가능한 모든 일이 이루어지므로 자녀는 성공하게 되는 것입니다! 파트너와 정보를 공유하려면 귀하의 허락이 필요합니다.

이 정보는 기밀로 유지되고 쥬디 센터 서비스의 제공과 관련해서만 사용됩니다.

정보 공개, 공유 및 획득 정보:

본인은 쥬디 센터 서비스 조정팀과 자녀의 향상 및 가족의 지역 사회 서비스 제공과 관련된 서면 및/또는 구두 정보를 교환하기 위해 나열된 프로그램에 동의하고 권한을 부여합니다.

학부모/보호자 서명

날짜



메릴랜드 학교의 신체 검사 기록

학부모 또는 보호자님:

메릴랜드 공립 학교에 처음 입학하기 위해서는 다음 사항이 필요합니다:

- ✚ (!) **의사 또는 공인 간호사에 의한 신체 검사를 공립 학교 입학하기 전 9 개월 이내에 또는 입학 후 6 개월 이내에 완료해야 합니다.** 메릴랜드 주 교육부와 건강 및 정신 위생부가 지정한 신체 검사 양식을 사용하여 이 요구 사항을 충족해야 합니다. (<http://www.dsd.state.md.us/comar/13a/13a.05.05.07.htm>)
- ✚ (!) **유치원에서 12 학년까지의 모든 학생들에게 특정 아동 전염병에 대한 완전한 1 차 예방 접종 기록이 필요합니다.** 새로 등록하는 학생을 위한 메릴랜드 예방 접종 인증 양식은 지역 보건부 또는 학교 직원으로부터 얻을 수 있습니다. 예방 접종 인증 양식(DHMH 896) 또는 인쇄된 또는 컴퓨터에 의해 생성된 예방 접종 기록 양식과 필요한 예방 접종은 자녀가 학교에 출석하기 전에 완료되어야 합니다. 이 양식은 <http://www.edcp.org/pdf/DHMH896new.pdf> 에서 얻을 수 있습니다.
- ✚ (!) **유아원, 유치원 및 1 학년에 처음 입학 할 때 지정된 위험 지역에 거주하는 모든 학생들에게 혈액 검사의 기록이 필요합니다.** 이 요구 사항을 충족시키기 위해 혈중 납 농도 검사 인증서(DHMH 4620) (또는 건강 관리사가 서명한 다른 서면 문서)를 사용해야 합니다. 이 양식은 <http://www.fha.state.md.us/och/pdf/MarylandDHMHBloodLeadTestingCertificateDHMH4620.pdf> 에서 찾을 수 있습니다.

학생의 또는 가족의 종교적 신념에 위배되는 경우 신체 검사 및 예방 접종 면제가 허용됩니다. 의사/간호사 종사자 또는 보건 당국자가 예방 접종을 받지 않을 의학적 이유가 있음을 증명하면 예방 접종을 면제 받을 수도 있습니다. 가족의 종교적 신념 및 관행에 위배되는 경우 혈중 납 농도 검사의 예외가 허용됩니다. 혈액 납 농도 증명서는 건강 관리 진료인이 설문지를 작성했다는 서명을 해야 합니다.

이 양식의 건강 정보는 자녀에게 합법적인 교육적 관심이 있는 건강 및 교육 담당자에게만 제공됩니다.

이 신체 검사 양식의 제 1 부를 작성하십시오. 제 2 부는 의사 또는 간호사가 완료해야 합니다. 그렇지 않으면 자녀의 신체 검사 사본을 이 양식에 첨부해야 합니다.

자녀가 학교에서 약을 투여하도록 요구하는 경우, 의사는 각 약에 대해 약물 투여 양식을 작성해야 합니다.

이양식은 <http://www.marylandpublicschools.org/NR/rdonlyres/8D9E900E-13A9-4700-9AA8-5529C5F4C749/3341/medicationform404.pdf> 에서 얻을 수 있습니다. 의사나 간호사에게 연락할 수 없거나 특별한 개별 건강 절차가 필요한 경우, 자녀 학교의 교장 및/또는 학교 간호사에게 연락하십시오.

메릴랜드 주 보건 및 위생부, 메릴랜드 주 교육부

기록 보존 - 이 양식은 학생이 21 세가 될 때까지 학교 기록부에 보관되어야 합니다.

제 1 부 - 건강 평가

학부모 또는 보호자가 완료해야 함

학생 이름 (성, 이름, 중간 이름)	생년월일(월, 일, 년도)	성별 (남/여)	학교 이름	학년
주소(번호, 거리, 시, 주, 우편번호)			전화 번호	
학부모/보호자 이름				
당신은 일상적인 의료 치료를 위해 자녀를 어디로 데리고 가십니까?			전화 번호	
이름: _____ 주소: _____				
당신의 자녀가 신체 검사를 마지막으로 받은 때는 언제입니까? 월 년				
보통 치과 치료를 위해 자녀를 어디로 데리고 가십니까?			전화 번호	
이름: _____ 주소: _____				
학생 건강 평가 당신의 지식을 최대한 활용하여, 자녀에게 다음과 같은 문제가 있습니까? 체크해 주십시오.				
	예	아니오	설명	
알레르기(음식, 곤충, 약, 라텍스)				
알레르기(계절)				
천식 또는 호흡 문제				
행동 또는 정서적 문제				
출산 결함				
출혈 문제				
뇌성마비				
치아				
당뇨				
귀 장애 또는 난청				
눈 또는 시력 문제				
두부 손상				
심장 질환				
입원(언제, 어디서)				
납 중독 / 노출				
학습 문제 / 장애				
신체 활동 제한				
뇌막염				
조산				
방광 문제				
대장 관련 문제				
기침				
발작				
심각한 알레르기 반응				
겸상 적혈구 병				
말하기 문제				
수술				
기타				
자녀가 약을 복용합니까? 아니오 예 약품 이름(들) _____				
자녀가 특별한 치료를 받습니까? (분무기, 에피 펜 등) 아니오 예 치료 _____				
자녀가 특별한 절차가 필요합니까? (도관 삽입 등) 아니오 예				
학부모/보호자 서명 _____			일자: _____	

제 2 부 – 학교 보건 평가

의사/임상 간호사만 완료해야 함

(To be completed **ONLY** by Physician/Nurse Practitioner)

학생 이름 (성, 이름, 중간이름)	생년월일 (월. 일. 년.)	성별 (남/여)	학교 이름	학년																																																																																																									
1. 아이가 진단된 건강 상태에 있습니까? 아니오 예 _____ _____																																																																																																													
2. 자녀가 학교에 있을 때 비상시 조치가 필요할 수도 있는 건강 상태가 있습니까? (예 : 발작, 곤충 알레르기, 천식, 출혈 문제, 당뇨병, 심장 문제 또는 기타 문제) 예 인 경우, 설명하십시오. 또한, " 학교 간호사와 협력하여 응급 계획을 수립하십시오." 아니오 예 _____ _____																																																																																																													
3. 우려 사항에 대한 평가에 비정상적인 결과가 있습니까? <p style="text-align: center;">평가 결과/관심</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">신체 검사</th> <th style="width: 10%;">WNL</th> <th style="width: 10%;">ABNL</th> <th style="width: 15%;">관심 분야</th> <th style="width: 15%;">건강 우려 영역</th> <th style="width: 10%;">예</th> <th style="width: 10%;">아니오</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>머리</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>주의력 결핍/과다 활동</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>눈</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>행동/조정</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>이비인후과(ENT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>발달</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>치과</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>청력</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>호흡기</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>면역 결핍</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>심장</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>갑 노출/상승 레드</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>위장</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>학습 장애/문제</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>비뇨 생식기</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>이동성</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>근골격계/정형외과</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>영양</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>신경</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>신체적 질병/손상</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>피부</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>심리 사회</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>내분비</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>말하기/언어</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>심리 사회</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>시력</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>기타</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>비고 : (비정상적인 결과를 설명하십시오)</p>					신체 검사	WNL	ABNL	관심 분야	건강 우려 영역	예	아니오	머리				주의력 결핍/과다 활동			눈				행동/조정			이비인후과(ENT)				발달			치과				청력			호흡기				면역 결핍			심장				갑 노출/상승 레드			위장				학습 장애/문제			비뇨 생식기				이동성			근골격계/정형외과				영양			신경				신체적 질병/손상			피부				심리 사회			내분비				말하기/언어			심리 사회				시력							기타		
신체 검사	WNL	ABNL	관심 분야	건강 우려 영역	예	아니오																																																																																																							
머리				주의력 결핍/과다 활동																																																																																																									
눈				행동/조정																																																																																																									
이비인후과(ENT)				발달																																																																																																									
치과				청력																																																																																																									
호흡기				면역 결핍																																																																																																									
심장				갑 노출/상승 레드																																																																																																									
위장				학습 장애/문제																																																																																																									
비뇨 생식기				이동성																																																																																																									
근골격계/정형외과				영양																																																																																																									
신경				신체적 질병/손상																																																																																																									
피부				심리 사회																																																																																																									
내분비				말하기/언어																																																																																																									
심리 사회				시력																																																																																																									
				기타																																																																																																									
4. 예방 접종 기록 - DHMH 896 는 건강 관리 제공자가 작성해야 하거나 또는 컴퓨터에 의해 작성된 예방접종기록이 제공되어야 합니다.																																																																																																													
5. 아이가 약을 먹고 있습니까? 예 인 경우, 약물 치료와 진단을 표시하십시오. 아니오 예 _____ (약물 투여 양식은 학교에서의약품 투여를 위해 완료되어야 합니다).																																																																																																													
6. 학교에서 신체 활동에 대한 제한이 있어야 합니까? 예 인 경우, 제한의 성격과 기간을 명시하십시오. 아니오 예 _____																																																																																																													
7. 검진	결과		취해진 날짜																																																																																																										
투베르쿨린 검사																																																																																																													
혈압																																																																																																													
신장																																																																																																													
몸무게																																																																																																													
BMI % 타일																																																																																																													
납 테스트	선택																																																																																																												

제2부- 학교 보건 평가- 계속됨

의사/임상 간호사 만이 완료해야 함
(To be completed **ONLY** by Physician/Nurse Practitioner)

(자녀의 이름) _____ 는 완전한 신체 검사를 받았으며:

위에서 언급한 학습 또는 전체 학교 참여 문제에 영향을 미칠 수 있는 명백한 문제가 없습니다.

추가 언급:

의사/ 임상 간호사 (타자 또는 인화)	전화 번호.	의사/ 임상 간호사 서명	날짜
-----------------------	--------	---------------	----

