

*****사무실용***** OFFICE USE ONLY *****

지불방법 : CASH / CHECK # _____ □실 수 령 액 : \$ _____

학비보조 요청 (food stamp, service card, etc). Received by 접수인:

*****사무실용***** OFFICE USE ONLY *****

UPCS Summer Dream Camp 2017

시애틀연암장로교회
July 24 - August 11
 (9:30 AM - 3:30 PM)

• Student information 학생 정보

| | |
|---|---|
| 1. Child Name: _____ (자녀 이름) Last Name, First Name | Upcoming School Year Grade: _____ (새학기 학년) |
| Date of Birth: (MM / DD / Year) Male (남) / Female (여) | 한글 이름: _____ |

Family Email Address(es): (1) _____ (2) _____

Home Address: _____
Street City Zip Code

Name of Father/Guardian: _____ Contact Phone#: _____

Name of Mother/Guardian: _____ Contact Phone#: _____

Name of Attending Church (if none, please write "NONE") _____

출석교회명 (만약 없으면 "없음" 으로) 기재해 주세요.

We will try to contact parent(s) in case of emergency; however, if the parent(s) is unreachable whom should we contact? 응급상황에 학부모와 연락이 되지 않을 시, 대리인 연락처를 써주세요.

| Name (이름) | Address (주소) | Telephone numbers (전화) |
|-------------------------------------|--------------|------------------------|
| Relationship with parent (학부모와의 관계) | | Work: Home: |
| Relationship with parent (학부모와의 관계) | | Work: Home: |

Other than you, who has permission to pick up the student(s)? 학부모/보호자 외에 학생을 데려갈 수 있는 사람은 누구인가요?

| | | |
|------|---------|-----------|
| Name | Phone # | Phone # 2 |
| Name | Phone # | Phone # 2 |

| Medical Information | | |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| Last physical date 마지막 건강검진 날짜 | Health Care Provider 주치의 | Telephone Number 전화번호 |
| Special Health Problems 질환/질병 | Allergies, including Drug Reactions 알러지, 약물부작용 | |
| Regular Medications 주기적으로 복용하는 약 | Additional Information 추가 정보 | |
| Student's Dentist's Name 치과의사 | Telephone Number 전화번호 | |

Medical Insurance Coverage

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Insurance Company's name 건강보험회사 이름 | Member/Policy Number 가입 번호 |
| Policy Holder's Name 가입자 성함 | Group Name & Number |

UPCS Summer Dream Camp Tuition: \$595

재정적으로 어려움이 있는 학생들에게는 재정적인 지원이 있을 수 있습니다.

캠프 지원서를 내기 전, 증빙 서류를 반드시 내시기 바랍니다. (Food stamp, service card, etc)

Financial assistance may be available for students. (Food Stamp, service Card, etc)

Evidence must be submitted prior to the application submission.

<UPCS Summer Dream Camp Tuition/Refund Policy 학비/환불 방침>

* 학비는 등록신청서와 함께 해당 교육과정이 시작되기 전에 지불이 되어야 합니다.

Tuition must be paid in full with submission of registration form before school begins.

* 등록취소 시, 다음에 해당하는 금액을 환불 받으실 수 없습니다 In case of cancellation , the following fees will not be refunded:

- 학기 시작 2 주 전까지 (Up to 2weeks before class start) - \$30.00
- 학기 시작 2 주 전부터 학기 첫날까지 (2weeks before class to the first day of school) - \$100.00
- 학기 시작 이튿날부터는 환불을 받으실 수 없습니다. (No refund after school starts.)

1. I hereby waive all claims against The United Presbyterian Church of Seattle, sponsors or any personnel for any injury or loss I or my child(ren) might suffer by participating in/or as a result of this program. I grant full permission for organizers to use photographs of me or my family members and/or quotations from me for legitimate accounts and promotions. **Initial:** _____

본인은 시애틀연합장로교회에서 본 프로그램에 참여하는 것과 관련하여 본인 그리고/또는 본인의 자녀(들)가/이 사고, 부상을 당하는 경우 또는 소지품 분실 시 본인 그리고/또는 자녀(들)의 모든 권리를 포기할 것에 동의합니다. 또한 본인은 본 프로그램과 관련한 홍보 및 자료에 본인 그리고/또는 본인 가족의 사진, 그리고/또는 본인 그리고/또는 자녀(들)이 한 대화를 사용할 것을 허락합니다. **Initial:** _____

2. In the event that I nor my designates mentioned above can't be contacted, I hereby grant United Presbyterian Church of Seattle Camp Dream Team Staff to administer first aid, call for emergency medical help and/or transport my child to a medical facility. I also authorize and consent to medical, surgical and hospital care, treatment and procedures to be performed by a licensed physician, health care provider, hospital or aid care attendant when deemed necessary or advisable to safeguard my child's health. I waive my right of informed consent to such treatment and agree to pay all expenses incurred. I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct. **Initial:** _____

만약 학부모(이하, "본인")의 자녀에게 응급한 치료가 요구되는 사항이 발생했을 경우, 본인과 연락이 되지 않을 시, 본인은 UPCS Summer Dream Camp 에서 본인의 자녀를 응급치료하는 것과 의료기관에 연락해서 이동하고 치료를 받을 수 있도록 허락합니다. 본인은 또한 공인된 의사나 의료기관 관계자에 의해 긴급히 필요하다고 인정되는 의료행위와 수술, 그리고 병원에서 치료받는 데 필요한 보호자로서의 권한을 UPCS Camp Dream Team 이 행사하는 것을 허락하며, 그 모든 비용을 지불할 것을 서약합니다. 본인은 위에 기록한 모든 사항이 사실이며 정확하다는 것과, 아닐 시 모든 책임을 워싱턴주 법에 따라 질 것을 서약합니다. **Initial:** _____

3. I have read and understand the UPCS tuition refund policy stated in page 2 and agree to comply with the policy. **Initial:** _____

본인은 2 면에 명시되어 있는 UPCS 학비 환불 방침을 읽었고 이해하였으며 따를 것에 동의합니다. **Initial:** _____

| | |
|---|--|
| Parent(or Guardian) Signature 학부모/보호자 서명 | Relationship with Child(en) (학생과의 관계) |
| Printed Name of Parent(or Guardian) Signing 서명한 학부모/보호자 이름 | Date 날짜 |

Signature of Parent/ Guardian (부모/보호자 서명): _____