



## 코로나-19 선별검사를 위한 등록

학부모/법적 보호자의 이메일 주소:	비밀 번호: 등록 과정에서 만들 수 있으며 포털에 로그인할 때 필요할 것임.
---------------------	--

여러분의 이메일을 확인하기 바람- FCPS는 제공된 이메일 주소로 확인을 요청하는 이메일을 전송할 것임. FCPS에서 온 이메일을 검색한 뒤 이메일을 열어보기 바람. “Confirmation (확인)”이라는 단어를 클릭하기 바람.

학생 번호:	학교 이름:
학부모/법적 보호자의 첫 이름:	학부모/법적 보호자의 성:

학생의 첫 이름:	학생의 성:
주소:	학부모/법적 보호자의 전화번호:
성별: 하나에 동그라미로 표기 - 남성    여성    구분없음	학생의 생년월일:
학생의 인종:	학생의 민족:

본인의 자녀는 운동선수임  
(참여하는 모든 운동을 기재):

--

여러분은 건강 보험이 있나요?     예     아니오     답변 제공 거부

보험 정보:	보험 회사 이름:
보험 가입자 아이디/정책 번호:	보험 그룹 번호:
보험 주 가입자의 성명:	보험 주 가입자의 생년월일:

보험이 없다면, 여러분의 사회 보장 번호를 제공:

본인은 사회 보장 번호의 제공을 거절함

--

학생은 코로나-19 백신을 몇 회 받았나요? <input type="checkbox"/> 받지 않았음 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회	1회 접종 날짜 _____ 2회 접종 날짜 _____
---	----------------------------------

주의 사항: 여기에 제공된 예방접종 정보는 FCPS 학생 정보 시스템에 업데이트되지 않음. 학부모/법적 보호자는 자녀의 예방접종 정보를 자녀가 등록되어 있는 학교와 직접 공유해야 함. 이러한 정보를 업데이트하려면 자녀의 학교에 문의하기 바람.

아래 서명한 본인은 코로나-19 검사 목적, 절차, 가능한 이점 및 위험에 대한 정보를 받았으며 이 사전 동의서의 사본을 받았습니다. 본인은 서명하기 전에 질문할 기회가 있었으며 언제든지 추가의 질문을 할 수 있다는 사실을 전달받았습니다. 본인은 자녀가 이 코로나-19 선별 검사를 받는 것에 자발적으로 동의합니다.

위의 허가서에 설명된 대로 본인은 본인의 개인 건강정보 (PHI) 공개에 동의합니다 (동봉물 참조).

학부모/법적 보호자의 성명을 정자로 기재

서명

날짜