



# The Korean Language and Cultural Education Institute, Inc.

인적사항 (Personal Information)				
학생 이름 (Student Name)	한글 (Korean)	영어 (English)	성별 (Gender)	생년월일 (Date of Birth)
			<input type="checkbox"/> 남 (M) <input type="checkbox"/> 여 (F)	년 (Year) 월 (Month) 일 (Day)
주소 (Address)			이메일 주소 (email):	
부모/보호자 (Parents/ Guardian)	아버지(Father): (성함/Name)		(집 전화/home tel.)	(핸드폰/ cell.)
	어머니(Mother): (성함/Name)		(집 전화/home tel.)	(핸드폰/ cell.)
	그외 보호자(Guardian):		(집 전화/home tel.)	(핸드폰/ cell.)
교육 정보 (Education Information)				
현학교 (Current School):			학년 (Grade Level):	
첫번째 언어 (First Language):			가정에서의 사용 언어 (Language spoken at home):	
선택 사항 (Class Selection)	한글 과정: <input type="checkbox"/> 유아반(3,4 세) <input type="checkbox"/> 유치반(5 세) <input type="checkbox"/> 초/중등반(1-5 단계)* <input type="checkbox"/> SAT II Korean 준비반 <input type="checkbox"/> 일반/성인반*			
	(Curriculum): (Pre-school) (Kindergarten) (Elem./Middle School – E/M)* (SAT II Korean Prep.) (General/Adults)			
	참고: 한글 과정과 반 선택은 학생 수와 수준 등 학교 사정에 따라 바뀔 수 있습니다.			
	*Level 1a:(No Prior Experience) 1b: (Prior Korean Experience)		Note: The curriculum and class selection may change depending on the number of students and circumstances influencing the school. Assessment Tests will be performed for correct placement.	
건강 정보 및 비상시 연락처 (Medical Information and Emergency Contact)				
비상시 연락처 (Emergency Contact)	이름(Name): _____		의료보험 (Medical Insurance)	의료보험 회사 및 번호 (Company & Policy Number):
	전화(Tel.): _____			주치의 이름/ 전화 번호(Family Doctor Name/Phone):
관계(Relationship): _____				
알아야 할 알러지 또는 건강 문제 (List any allergies, and general health and medical related concerns) _____				
<p>➢ 학생의 보호자인 본인은 긴급 의료 상황 시에 본학교가 연락을 시도해도 이루어지지 않을 경우 그 책임을 묻지 않을 것이며, 위 학생을 가까운 병원으로 데려가서 응급치료 하는 것에 동의하고 이에 따른 모든 의료비 및 비용을 본인이 부담할 것입니다.</p> <p>➢ 위 학생은 코네티컷 주에서 나이에 따라 요구하는 모든 예방 접종을 받았음을 입증합니다.</p>		<p>➢ In the case of illness or injury to said student where parents/guardians or emergency contacts can not be reached, we (I) authorize and release from liability any school representative and we (I) hereby consent to and authorize such medical or dental treatment as deemed necessary, and agree to pay for such medical and dental costs if incurred.</p> <p>➢ We (I) attest that said student has received all the immunizations appropriate for his or her age, as required by the State of Connecticut.</p>		
보호자 이름 Print Parent's/Guardian's Name _____				
보호자 서명 Parent's/Guardian's Signature _____			날짜 (Date): _____	
학기별 수업료 (Tuition per Semester)	가정당 (per family):		세가지 납부방법 (Three Methods of Payment)	
	<input type="checkbox"/> 학생 한 명(1 Student) - \$230 <input type="checkbox"/> 학생 두 명(2 Student) - \$415 <input type="checkbox"/> 학생 세 명(3 Student) - \$580 교재비는 별도로 있습니다 (plus cost of textbook /workbook)		1. <a href="http://www.klcei.org">www.klcei.org</a> 사이트에서 수업료는 내시고, 등록 서류는 P.O.Box로 보내 시거나 개학날 가져옵니다. 2. check 과 등록 서류를 P.O.Box 로 보냅니다. (Check 은 KLCEI, Inc 로 써주세요) 3. check 과 등록 서류를 개학날 가져옵니다.	
		1. Pay online: <a href="http://www.klcei.org">www.klcei.org</a> ; then either mail the form to the above P.O.Box address or bring it to the school on the first day of class. 2. Mail the form along with the check to the PO Box. (Write check to KLCEI, Inc.) 3. Bring both to the school on the first day of class.		
Notice of Non-Discrimination				
Our school does not discriminate against any individual or group for reasons of race, color, creed, sex, age, ethnicity, national origin, marital status, sexual preference, mental or physical disability or any category protected by law. (Rev. Fall 2010)				