



MEDICAL DECLARATION 의료 공지서

I hereby confirm that to the best of my knowledge, none of my family members are suffering from any contagious or infectious disease on the date of signature. I understand that the term “contagious and infectious diseases” includes, but is not limited to: 제가 아는 한, 저의 가족 어느 누구도 현재 아무 전염병이든 걸려 있지 않음을 증명합니다. “전염병”은 아래와 그 외를 포함하여 뜻합니다.:

Measles 홍역	SARS 사스
Mumps 유행성 이하선염	Hepatitis A A형간염
Rubella 풍진	Hepatitis B B형간염
Chicken Pox 수두	Whooping Cough 백일해

I further undertake to inform the Principal of Shenyang International School if any of my family or of my domestic employees contracts such a disease, and will act according to the school’s requirements in such a case. 만일 가족이나 가정 내의 고용인이 위와 같은 질병에 걸릴 경우 학교 교장에게 알릴 것이며, 그에 해당하는 학교의 요구사항을 따를 것입니다.

I understand that these requirements may include isolation at home of one or more infected or at-risk family members or domestic employees, in the health interests of the school community. I agree to have my family undergo medical checks to certify that return to school is safe, at the expense of the family, by a medical practitioner appointed by the school.

저는 이런 요구 사항에 학교 전체를 위해 질병에 감염되었거나 우려가 있는 가족이나 가정 내 고용인을 가정에서 격리 시킬 수도 있음을 포함한다는 것을 이해합니다. 다시 등교가 안전하다는 것을 확인하기 위해 학교에서 정한 의료인에게 자비로 가족의 의료 검사를 받도록 할 것에 동의합니다.

Student Name: _____

Grade: _____

Parent / Guardian Signature

NAME IN UPPER CASE