

# 참가 포기

(인쇄 후 검은색 또는 파란색 펜으로 작성을 완료하십시오)



## 청소년 참가자 (청소년 & 어린이용)

참가자 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 티셔츠 사이즈 \_\_\_\_\_  
 성:  남성  여성  트랜스젠더(남성)  트랜스젠더(여성)  논 바이너리  그 외  무응답

## 성인 참가자 혹은 주 보호자 가구 연락처 정보

주 보호자/성인 참가자 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
 성:  남성  여성  트랜스젠더(남성)  트랜스젠더(여성)  논 바이너리  그 외  무응답

생년월일 \_\_\_\_\_ 가구 우편 주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

집 전화번호 \_\_\_\_\_ 직장 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대전화 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대전화 통신사 \_\_\_\_\_  
 휴대전화 번호 제공은 타당한 업무 목적으로 연락을 받는 것에 대한 동의입니다. 관리국은 전화, 녹음된 메시지, 자동 통화 장치, 문자 메시지를 통해 연락할 수 있습니다. 귀하의 무선 요금제에 따라 표준 데이터 전송 금액이 적용될 수 있습니다.

## 보조 보호자 연락처 정보

보조 보호자 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
 성:  남성  여성  트랜스젠더(남성)  트랜스젠더(여성)  논 바이너리  그 외  무응답

집 전화번호 \_\_\_\_\_ 직장 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대전화 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대전화 통신사 \_\_\_\_\_  
 해당 보조 보호자는 위와 동일한 가구에서 살고 있습니까?  예  아니오 (아니라면 보조 보호자 가구 우편 주소 기재)

가구 우편 주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

## 주 보호자 및 보조 보호자를 제외한 비상 연락처를 기재합니다

비상 연락처 이름	관계	집 전화번호	직장 전화번호	휴대전화 전화번호	전화를 받을 수 있습니까?
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

## 의료 정보

1. 음식/약, 벌레, 옷/기타 식물 등에 대한 알레르기가 있습니까?  예  아니오 (이에 해당한다면 아래 상세히 기재합니다)

(필요에 따라 페이지를 추가할 수 있습니다.)

2. 병이 있습니까?  예  아니오 (이에 해당한다면 아래 상세히 기재합니다) \_\_\_\_\_

3. 프로그램/활동에 참여하는 데 활동을 제한하거나 특별한 관리가 필요한 신체 조건을 기재합니다: \_\_\_\_\_

4. 청소년 및 어린이만 해당: 참가자는 프로그램 시간 중에 처방된 약물이 필요합니까? 프로그램은 1시간을 초과합니다.  예  아니오  
 이에 해당한다면 의약품 승인 양식을 기재합니다.

### 시설 접근 요청

오스틴은 미국 장애인법을 준수하여 모든 개인이 도시의 여가 및 레저 서비스를 즐길 수 있도록 보장합니다. 참가자가 프로그램에 참여하거나 시설을 사용하는 데 지원 또는 변경 사항을 요청해야 하는 경우, 최소 2주 전에는 512.974.3914로 문의해 포함 코디네이터와 상담해야 합니다. 참가자에게 시설이 필요합니까?

예   
아니오

### 개인 정보 보호 정책

관리국은 개인 식별 정보(이름, 우편 주소, 이메일 주소 등)를 참가자 및 방문객이 자발적으로 제출할 시에 보관합니다. 귀하가 제공하는 정보는 요청 수행하고 프로그래밍을 위한 인구 통계 데이터로 사용될 뿐만 아니라, 파트너 기관(AISD 및 Travis County 등)과 공유될 수 있습니다. 관리국이 해당 기관과 참가자의 정보를 공유하는 것을 원치 않는다면 이곳에 서명합니다.

해당 사항에 서명하십시오

참여하지 않음

### 이미지 공개 포기

본인은 교육 또는 프로그램 진행 중과 해당 장소에서 촬영한 사진 및 동영상을 홍보 목적, 예를 들어 인쇄물, 도시 홈페이지, 도시 소셜 미디어에서 사용하는 것에 동의합니다. 사진 및 동영상은 오스틴 공원 및 여가활동 부서의 소유물로 남습니다. 도시가 사진 및 동영상을 사용하는 것을 원치 않는다면 이곳에 서명합니다.

참여하지 않음

### 관리 표준 통지

공원 및 여가활동 부서에서 감독하고 참가를 위해서는 신청/등록이 필요한 청소년 프로그램/활동은 주 정부에서 공적으로 허가를 받지 않지만, 오스틴 조례에서 채택된 관리 표준을 준수합니다. 사본은 각 장소에서 이용 가능하고 게시되어 있습니다.

### 책임 해방

본인은 오스틴 공원 및 여가활동 부서에서 후원하는 수업이나 프로그램의 본인/참가자의 참여를 위해 수업 또는 프로그램에서 본인/참가자에 관련해 유발되는 향후 잠재적인 모든 종류의 예외 없는 모든 주장, 행동, 소송 원인, 불만에서 도시, 선출직 고위 공무원, 경찰, 감독, 직원, 요원, 자원봉사자, 제휴사 및 그 외 모든 조치들의 완전한 해방을 인정합니다.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
성인 참가자 또는 청소년 참가자 부모/보호자 인쇄된 이름	서명	날짜

### 응급 의료

본인은 응급상황 발생 시 처치가 필요하다고 판단되는 본인/참가자에 대한 의료전문가의 응급 의료에 동의합니다. 본인은 이와 같은 의료 행위의 모든 책임을 감수합니다.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
성인 참가자 또는 청소년 참가자 부모/보호자 인쇄된 이름	서명	날짜

### 전자 서명 승인

전자 서명은 모든 경우에 원본 서명으로 간주하고, 원본 서명과 같은 위력과 효과를 지녀야 합니다. '전자 서명'은 원본 서명의 팩스 버전 또는 원본 서명의 전자 스캔 및 전송 버전(pdf 등을 통한)을 포함해야 합니다.

### 참가자 통계 정보 (자율 응답)

프로그램의 관심에 감사드립니다. 다음 질문은 오스틴이 커뮤니티 구성원에게 더 나은 서비스를 제공하고 지원의 노력을 개선하는데 도움이 됩니다. 참가자가 가장 근접하게 받아들이는 범주를 선택하십시오.

참가자 인종/민족:  무응답  아시아 사람  흑인  인디언계 미국인/알래스카 토착민  하와이안/태평양 섬 출신  
 히스패닉/라티노  백인  그 외

### Household Annual Income:

무응답  \$22,500 이하  \$22,501 - \$50,000  \$50,001 - \$75,000  \$75,001 - \$100,000  \$100,000 이상

