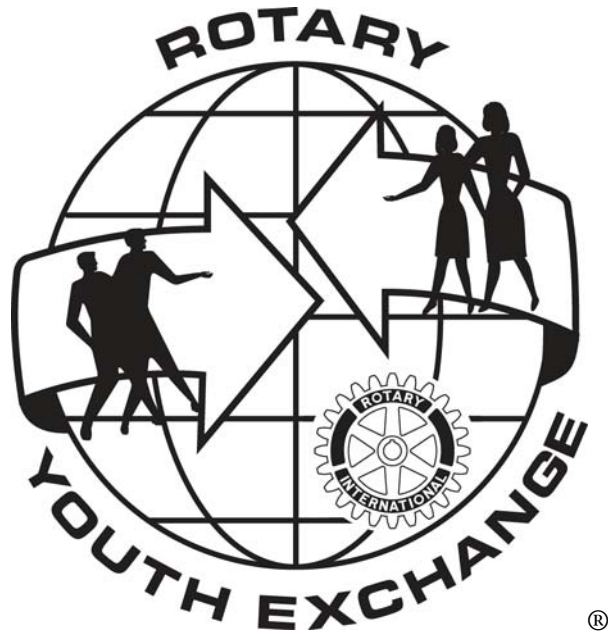

로타리 청소년 교환
단기 프로그램 신청서



신청서 제출처:

로타리 청소년 교환 프로그램 신청서 안내

신청서를 작성하기 전에 주의 사항을 자세히 읽으십시오. 그리고 뒷장의 체크 리스트를 참조, 신청서의 모든 항목에 빠짐없이 작성하고 서명하시기 바랍니다.

귀하께서 교환 학생으로 선발되었다면 이 신청서는 호스트 국가로 보내져 귀하를 호스트하는 사람들에게 소개장의 역할을 하게 됩니다.

신청서 내용

신청서는 다음과 같이 구성된다:

- 본 신청서의 모든 서류
- 비자 사본 혹은 출생 신고서 사본
- 학교 성적 증명서 사본

신청서 작성

신청서는 알아보기 쉬워야 하기 때문에 컴퓨터나 타이프로 작성하는 것이 바람직합니다. 모든 항목을 빼놓지 말고 기입해야 하며, “이하 동문” 또는 “다른 면 참조” 등은 적지 마십시오. 별도 지시가 없는 한 신청서에 바로 기입하며, 철자법에 실수가 없도록 주의하십시오.

신청서의 신청인 성명란에는 항상 여권이나 출생 신고서에 적혀있는 법적 성명으로 정확하게 기입하십시오. 그러나 오른쪽 맨 위의 성명 칸에는 원하시는 이름을 표기하실 수 있습니다.

사본 및 서명

모두 4 매의 사본을 (원본 과 복사본 3 부) 제출 해야 합니다. (본인의 보관용으로 한 부를 더 만들 수 있음.) 모든 사본의 서명은 **파란 잉크**로 해야 합니다. 이를 위해:

1. 신청서는 작성하되 서명은 하지 말 것.
2. 작성된 신청서의 사본을 3 부 만들 것.
3. 모든 사본에 본인이 직접 서명 하고 난 후, 부모와 법적 후견인의 서명을 받을 것.
4. 담당 의사 및 치과 의사 진단서: 모두 3 부의 사본이 필요하며 의사 서명은 반드시 **파란 잉크**로 할 것.

첨부된 모든 사진은 원본이나 칼라 복사본일 것.

의문 사항

의문 사항은 학교 카운슬러나 현지 로타리클럽 청소년 교환 프로그램 담당자에게 문의 하시기 바랍니다. 신청서 작성이 끝나면 현지 로타리클럽 청소년 교환 프로그램 담당자에게 제출 하시기 바랍니다.

지구 _____ : 추가 사항 첨부. 만약 없으면 이곳에 체크:

청소년 보호 선언문

국제로타리는 모든 로타리 활동 참가자들에게 가장 안전한 환경을 제공하기 위하여 최선의 노력을 다한다. 활동에 참가한 어린이들이나 청소년들이 신체적으로나 성적으로, 혹은 정서적으로 학대 받는 일이 없도록 예방하고, 가장 안전한 환경을 제공하기 위해 최선의 노력을 기울이는 것은 모든 로타리안과 그 배우자, 그리고 다른 모든 자원봉사자들의 의무이다.

RI 이사회 채택, 2002 년 11 월



_____ 지구
단기 교환 프로그램

개인 신상서

신청서를 작성하기 전 주의 사항을 잘
읽으십시오.

스마일!

신청인의 최근 사진 (얼굴과 어깨가
나온 상반신 사진)
사진 원본이나 칼라 복사본을 사본
4 부에 붙여야 함.

크기: 2 x 2½ in. (5 x 6.5 cm)

1. 신청인 신상서

신청인 성명 (여권이나 출생 신고서 성명)		선호하는 이름		성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
집 주소					
시		도		우편번호	
우편 주소(만약 다른 경우)					
시		도		우편번호	
자택 전화		휴대폰		이 메일	
생년 월일 (예, 01/Jan/1999)		태어난 곳 (시, 도, 국가)		국적	

2. 부모/법적 후견인

친부/후견인 성명				친모/후견인 성명			
주소				주소			
시		도		우편번호		국가	
이 메일				이 메일			
자택 전화		휴대폰		자택 전화		휴대폰	
직업				직업			
직장 전화		팩스		직장 전화		팩스	
로타리안 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 클럽 명 (로타리안인 경우): _____				로타리안 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 클럽 명 (로타리안인 경우): _____			
<input type="checkbox"/> 만약 부모가 이혼을 했거나 별거 중이면 체크 하십시오. 학생의 참여에 대한 양쪽 부모 또는 후견인 모두의 동의가 필요합니다. 비상시 부모나 후견인에게 우선 연락: _____							

3. 형제 (별지 첨부 가능)

성명	성별	나이	직업	동거 여부
	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

신청인 성명	
--------	--

4. 개인 기호

a. 식사 시 주의 사항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	만약 있다면 자세히 기입 (예, 채식 주의, 음식 알레르기등):
b. 담배를 피우십니까??	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
c. 술을 마십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	만약 있다면 4b, 4c, 4d 의 해당 사항에 자세히 기입:
d. 불법 약물을 사용한 전력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

해당 난에 “예” 라고 표기 했다고 해서 자동적으로 결격 사유가 되는 것은 아니지만 호스트 가정을 배정하는데 고려될 것입니다.

5. 재학 학교 정보

현재 재학 학교명	재학 학교의 전 학년도 성적 증명서를 첨부 하십시오. 그리고, 성적 증명서는 영어로 작성되어야 합니다.		
주소			
시	도	우편 번호	국가
전화	팩스	이 메일	
학년	졸업 예정 연도	재학 기간	

6. 언어

모국어				
외국어	공부한 기간	능력(약함, 보통, 잘함, 매우 잘함으로 표기)		
		말하기	읽기	쓰기

7. 스폰서 지구와 클럽 연락처

스폰서 지구 청소년 교환 위원장 명				스폰서 클럽 청소년 교환 담당자 명			
주소				주소			
시	도	우편 번호	국가	시	도	우편 번호	국가
자택 전화		휴대폰		자택 전화		휴대폰	
직장 전화				직장 전화		팩스	
이 메일				이 메일			



_____ 지구

신청인 성명

단기 교환 프로그램 소개서 및 사진

학생 소개서

호스트 클럽이나 호스트 가족에게 보내는 소개서를 작성하십시오. 이 소개서가 본인의 첫 인상이 된다는 것을 유의하십시오.

다음 질문에 대해 가능한 상세히 답하십시오.

설명: 별도의 용지에 타이프로 기재하고, 첨부된 각 페이지 마다 성명을 쓰며, 모두 3 페이지 미만으로 함.

1. 자유 시간에는 주로 무엇을 합니까?
2. 학교에서의 일상 생활을 설명해 주십시오. (하루에 몇 시간 수업을 하며, 무슨 과목을 배우고 있는지, 수업 시간은 몇 분인지, 학기 중의 평범한 하루 생활을 적으십시오.)
3. 학교 생활에서 흥미 있는 분야나 특별 활동은 무엇입니까? 학교에서 임원을 맡은 적이 있습니까?
4. 가정 환경에 대해 설명해 주십시오. (예를 들어 독방을 사용하는지, 아니면 다른 사람과 함께 사용하고 있는지, 공부는 주로 어디에서 하는지, 집에서 학교까지는 얼마나 걸리는지, 걸어가는지, 아니면 버스를 타는지, 혹은 직접 차를 운전하고 가는지 등등에 대해 설명해 주십시오.)
5. 부모의 직업을 구체적으로 적어 주십시오. (예를 들어 어떤 제품을 생산하거나 어떤 종류의 서비스에 종사하는지, 직함은 무엇인지 등을 적어주십시오.)
6. 본인이 살고 있는 지역 사회에 대해 소개해 주십시오. (위치, 인구수, 주요 산업, 경제 등등)
7. 취미나 특기는 무엇입니까? (음악, 미술, 스포츠 등) 이에 대해 자세히 설명해 주십시오. (예를 들어 어떻게 이런 활동에 흥미를 갖게 됐는지, 얼마나 오래 이 같은 활동을 하고 있는지, 하루에 몇 시간이나 연습을 하는지 등등에 대해 적어 주십시오.)
8. 외국 여행의 경험에 대해 적어 주십시오. 언제, 어떤 이유로, 누구와 함께 갔으며, 얼마나 오래 머물렀는지 등등을 상세하게 적어주십시오.
9. 본인이 싫어하는 것들에 대해 적어 주십시오. (예를 들어 싫어하는 음식이나 동물, 혹은 사람들이 본인을 대하는 태도 등등)
10. 본인의 성격에 대해 적어 주십시오. 성격이 강한 타입입니까? 부드러운 타입입니까? 아니면, 독특한 개성을 가지고 있습니까?
11. 장래 무엇을 전공하여 어떤 직업을 갖고 싶습니까? 그 동기에 대해서도 적어주십시오.
12. 교환 학생으로서 외국에 체류하면서 하고 싶은 일과 돌아와서 하고 싶은 일들을 자세히 적어주십시오.

부모 소견서

다음의 질문에 따라 자녀의 호스트 클럽과 가족들에게 자신의 소견서를 적어주십시오.

설명: 별도의 용지에 타이프로 기재하고, 첨부된 각 페이지마다 성명을 쓰며, 모두 2 페이지 미만으로 함.

1. 부모와 자녀들과의 관계가 어떠한지, 그리고, 친구들과의 관계는 어떠한지 자세히 적어주십시오.
2. 귀하의 자녀는 규율이나 통제 또는 좌절 등에 어떤 반응을 보입니까?
3. 귀하의 자녀는 어려운 상황이나 도전적인 상황을 어떻게 대처 합니까?
4. 귀하는 자녀의 자립성을 어느 정도 허용합니까? 귀하 자녀의 성숙도는 어느 정도 입니까?
5. 자녀의 어떤 점이 자랑스럽습니까?
6. 왜 자녀를 교환 학생으로 보내고 싶으십니까?
7. 그 외 호스트 가족과 함께 나누고 싶은 사항이 있습니까?

신청인 성명

학생 사진

다음 제목에 맞는 사진을 골라 사진을 풀이나 양면 테이프로 해당 난에 붙여 주십시오. (스테이플러는 사용하지 마십시오.)

가족	특별활동
<p>가족 사진</p>	<p>특별활동 사진</p>
소중한 것들	우리 집
<p>친구, 애완견, 악기 사진 등</p>	<p>지금 살고 있는 집 사진</p>



_____ 지구

신청인 성명 _____

단기 교환 프로그램 건강 기록 및 진단서

담당 의사 귀하: 이 학생은 교환 학생으로서 1년 동안 해외에 유학할 예정입니다. 따라서 이 학생의 건강이나 정신적 심리 상태에 관한 잘못되거나 불충분한 정보는 자칫 이 학생을 해외에서 위협에 빠뜨리게 할 수도 있습니다. 특히 알러지에 관한 정보는 호스트 가정의 배치나 학생의 안녕을 위하여 매우 중요합니다. 이 건강 기록 및 진단서는 학생의 친 인척에 의해 작성되어서는 안됩니다.

타이프나 정자로 기입하십시오. 모두 4 부의 사본을 제출해야 하며, 각 사본마다 의사의 서명은 **파란 잉크**로 해야 합니다.

신청인 성명		성별	생년 월일(예, 01/Jan/1999)
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
주소			
시	도	우편 번호	국가
자택 전화	휴대폰	이 메일	

건강 기록

1. 담당 의사는 신청인을 진료한 지 몇 년이나 되었습니까?		
2. 신청인은 다음과 같은 증상과 관련하여 의사나 기타 의료진으로부터 치료를 받거나 상담을 한 적이 있습니까? :		
	Yes	No
a. Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Anorexia/bulimia/other eating disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Appendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bowel problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Epilepsy/seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Hearing loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Liver disease/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Menstrual disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Mental disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Serious headache/migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Stomach ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Typhoid fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Urinary tract infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Vertigo/dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Visual problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Eyeglasses/contact lenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 신청인은 다음의 경우에 해당됩니까?		
a. 2번의 질문에 해당되지 않는 다른 이유로 병원이나 의무실 등에서 치료나 수술, 검사, 보호등을 받은 적이 있습니까?	Yes	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 지난 6개월간 의사의 처방약을 복용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 과거나 현재 우울증이나 신경 과민증, 자살 기도, 신경성 식욕 부진/과다, 반사회적 행동 등 감정적으로나 정서적으로 불안한 증세를 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 헤로인이나 코케인, 마리화나, 기타 환각제나 각성제를 복용한 사실이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 담당의사나 다른 의료진으로부터 알코올이나 마약 문제로 치료를 받은 사실이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 과한 체중 증가나 감소가 있었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 가슴의 통증이나 숨가쁨, 기절한 사례가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 만성 설사나 구토, 복통, 변비 증상을 갖고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 피부 이상 증세를 가지고 있습니까? (심한 여드름이나 습진, 건선 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 신경이나 근육 골격 체계에 이상이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 삼가야 하는 음식이 있으면 적어 주십시오. (건강상, 종교, 개인적 기호 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
질문 2 와 3 에서 "Yes" 에 해당되는 사항이 있으면 자세하게 설명해 주십시오.		
질문 번호	증상과 정도, 진단, 발병 빈도와 치료 내용	날짜와 기간

신청인 성명	
--------	--

4. 신청인은 유학 시 처방약을 가지고 가야 하나? 예 아니오
 학생이 가지고 가야 할 약을 적어 주십시오.

처방약	분량	복용 이유

5. 다음의 증상을 앓았던 연도를 적어 주십시오. (해당 사항 없으면 x 로 표기해 주십시오.):

Measles (rubeola)		Mumps		Hepatitis		Whooping cough (pertussis)	
Rubella (German measles)		Chicken pox		Scarlet fever		Other:	

6. 예방 접종 기록 (마지막 접종 날짜와 분량 등을 정확히 명기해 주십시오.):
 많은 학교의 경우 예방 접종 기록이 있어야 등교가 허락됩니다. 호스트 국가나 학교가 추가 예방 접종을 요구하는 경우도 있습니다.

예방 접종	분량	날짜 (예, 01/Jan/2006)	예방 접종	분량	날짜 (예, 01/Jan/2006)
Diphtheria			Measles (rubeola)		
Whooping cough (pertussis)			Polio (Sabin-3 or more TOPV, Salk-4 or more IPV)		
Tetanus			Hepatitis B		
Rubella (German measles)			Other (specify) _____		
Mumps					

Additional comments:

7. 투베르쿨린 반응 검사: 신청인은 Mantoux/PPD skin test 증거 기록 (3개월 이내 것) 을 제출 해야 합니다.
 날짜 (예, 01/Jan/2006) _____ 결과/diagnosis: _____. 만약 다른 검사를 받았거나 신청인이 BCG vaccine 을 맞았다면, 검사 결과에 따른 방법과 치료에 관한 자세한 설명을 해 주십시오:

신체 검사

Height:	Weight:	Blood Pressure: Sys.	Dia.	Pulse rate/minute:
---------	---------	----------------------	------	--------------------

8. 아래 사항 중 이상이 발견된 곳이 있으면 체크해 주십시오:

	Yes	No		Yes	No		Yes	No		Yes	No
Head and neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart (murmur, pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities (muscular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen (mass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ear, nose, throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skeletal system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest/lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymph nodes/breasts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

만약 "Yes" 에 해당 사항이 있으면 별도 용지에 자세히 설명해 주십시오. (타이프나 컴퓨터를 사용해 신청인의 성명과 생년 월일을 각 페이지 위쪽에 표기해 주십시오).

건강 진단서

본인은 정식 면허를 소지한 의사로서 신청인의 건강 진단을 필 하였으며 이 진단서와 별지에 첨부된 바와 같이 진단서를 작성하는 바입니다. 아울러 본인은 신청인의 인적 관계가 아님을 확인합니다. (만약 별지 첨부 없으면 이 곳에 체크:).

진단 결과에 따라 다음과 같이 진단합니다:

건강상태가 양호하며, 프로그램 참가 부적격자들에게서 볼 수 있는 어떠한 신체적, 정신적 문제를 갖고 있지 않습니다.

신청인은 진단서에 지적된 대로 신체적 또는 정신적으로 문제를 가지고 있습니다.

신청인은 건강 상태가 매우 양호하며 스포츠나 육체적인 활동에 참여 하여도 좋습니다. 예 아니오

담당 의사 성명 (타이프나 정자로 표기)	서명 (파란 잉크)	날짜 (예, 01/Jan/2006)

담당 의사 주소, 전화 및 팩스 (타이핑 혹은 도장)



_____ 지구

신청인 성명	
--------	--

단기 교환 프로그램 치과 진료 양식

담당 치과 의사 귀하: 이 학생은 교환 학생으로서 1년 동안 해외에 유학할 예정입니다. 따라서 이 학생의 치아 상태나 복용 약 등에 관한 잘못되거나 불충분한 정보는 자칫 이 학생을 해외에서 위험에 빠뜨릴 수도 있습니다. 이 진단서는 학생의 친 인척에 의해 작성되어서는 안됩니다.

타이프나 정자로 기입하십시오. 모두 4 부의 사본을 제출해야 하며, 각 사본마다 의사의 서명은 **파란 잉크**로 해야 합니다.

신청인 성명		성별	생년 월일(예. 01/Jan/1999)
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
주소			
시	도	우편 번호	국가
자택 전화	휴대폰	이 메일	

치아 검사

1. 신청인의 치아 상태가 양호합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
2. 지금 현재 치과 치료가 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
3. 유학하는 기간 동안 치과 치료가 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
만약 "예"에 해당 사항이 있으면 자세히 설명해 주십시오. (필요하면 뒷면을 사용하십시오):		

진단서

본인은 정식 면허를 소지한 치과 의사로서 신청인의 치과 진료를 필 하였으며 이 진단서와 별지에 첨부된 바와 같이 진단서를 작성하는 바입니다. (만약 별도 첨부 없으면 이곳을 체크 하시오:).

치과 의사 성명 (타이프나 정자로 표기)	서명 (파란 잉크)	날짜 (예, 01/Jan/2006)

치과 의사 주소, 전화 및 팩스 (타이핑 혹은 도장)

--

신청인 성명	
--------	--

치과 진료자: 이 곳에 별도 사항을 적어 주십시오.



_____ 지구

단기 교환 프로그램 동의서

신청인 성명	
--------	--

신청인 성명				성별
				<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
자택 주소	시	도	우편 번호	국가
우편 주소 (다른 경우)	시	도	우편 번호	국가
전화	휴대폰	이 메일		
생년 월일(예. 01/Jan/1999)	출생지(시, 도/ 국가)		국적	
스폰서지구	호스트 로타리 지구	호스트 국가	호스트 국가 도착 공항 명	

(A) 신청인 동의서: 상기 신청인은 다음 사항을 준수하기로 동의합니다. (1) 모국을 출발하기에 앞서 왕복 항공권을 구입한다. (2) 프로그램 규정을 준수하며 호스트의 충고와 감독을 받아들인다. (3) 호스트 지구와 클럽에서 주최하는 모든 오리엔테이션이나 교육 프로그램에 참여한다. (4) 교환 프로그램이 끝나면 호스트 국가에 체류 연장을 신청하지 않으며 바로 귀국한다.

(B) 부모 및 법적 후견인 동의서: 상기 신청인의 부모/법적 후견인은 다음 사항을 준수하기로 동의합니다: (1) 항공료와 여권, 비자 발급 비용을 부담한다; (2) 건강 보험과 사고 보험의 보험료를 지불한다; (3) 의복비와 필요한 경우 이를 부담 한다; (4) 필요한 경우 추가 비용을 부담 한다. (예를 들어 호스트 지구에 따라 비상금의 지참을 요구하는 경우가 있으며 이는 호스트 클럽의 관리하에 사용되지 않았을 경우 프로그램이 끝나면 되돌려 받을 수 있다). (5) 미팅에 참석한다; (6) 프로그램 규정을 준수한다.

아래에 서명한 신청인과 부모/법적 후견인은 서약서의 내용 (A 와 B) 에 동의하며, 신청인이 호스트 지구로 여행하는 것을 동의합니다.

서명 (신청인)	날짜 (예, 01/Jan/2006)		
서명 (부/후견인)	날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	이 메일
서명 (모/후견인)	날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	이 메일
증인 (로타리클럽 임원)	날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	이 메일

비상시 국내 연락처

성명	관계		
주소			
시	도	우편 번호	국가
자택 전화	직장 전화	핸드폰	이 메일

(C) 스폰서 클럽 및 지구 승인서

로타리클럽 _____ 지구 _____ ,	클럽명	클럽 ID #	지구 #
상기 로타리클럽과 지구는 신청인과 그 부모/후견인을 인터뷰하고 신청서를 검토한 결과 로타리 클럽 청소년 교환 학생으로서의 자격을 갖추었다고 인정, 이 학생을 호스트 클럽에 추천하는 바입니다. _____ 지구는 출발 전에 이 학생과 부모에게 적절한 오리엔테이션을 제공하기로 동의합니다.	클럽 회장 성명	서명	
	날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	이 메일
클럽 총무 <input type="checkbox"/> / YEO <input type="checkbox"/> 성명	서명	지구 위원장 성명	서명
날짜(예, 01/Jan/2006)	자택 전화	이 메일	날짜 (예, 01/Jan/2006) 자택 이 메일

신청인 성명	
--------	--

(D) 호스트 클럽 동의서

로타리클럽 _____ 상기 로타리 클럽은 교환 학생에게 사전에 지정된 가정에서 숙박을 제공하며, 이 학생을 클럽 주회와 지구 행사, 우리나라의 전통 행사 등에 초대하며, _____ 지구는 유학생의 성공적인 체류를 위해 지도와 감독을 실시하고 교환 학생이 도착하는 대로 호스트 가족과 자원 봉사자들에게 오리엔테이션을 할 것을 동의합니다.		클럽 명	클럽 ID #	지구 #
		클럽 회장 성명	서명	
		날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	
		이 메일		
클럽 총무 <input type="checkbox"/> / YEO <input type="checkbox"/> 성명	서명	지구 위원장 성명	서명	
날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	날짜 (예, 01/Jan/2006)	자택 전화	
이 메일		이 메일		

(E) 호스트 클럽 카운슬러

성명		주소		
시	도	우편 번호	국가	
자택 전화	휴대폰	팩스	이 메일	

(F) 호스트 가정

호스트 가정의 아버지 성명	호스트 가정의 어머니 성명	그 외 호스트 가정에 거주하는 성인의 성명과 나이		
주소				
시	도	우편 번호	국가	
자택 전화	핸드폰	팩스	이 메일	

학생 귀하: 완성된 신청서는 현지 로타리클럽이나 지구에 제출 하십시오. 신청인의 정보는 국제로타리에 보고됩니다. 이 정보는 RI의 공식업무에만 사용되며 법적 조치가 없는 한 제 3자와 공유하지 않습니다.

로타리 지구/클럽: 본 동의서를 아래의 주소에 우편으로 보내십시오.

Youth Exchange
 Rotary International
 One Rotary Center
 1560 Sherman Avenue
 Evanston, IL 60201-3698 USA



_____ 지구

신청인 성명 _____

단기 교환 프로그램

프로그램 규정 및 교환 조건

로타리 클럽/지구가 스폰서 하는 청소년 교환 학생으로 귀하는 다음의 규정과 교환 조건을 준수하기로 동의해야 합니다. 아울러 현지 사정에 따라 지구별로 이 조항을 편집하거나 추가할 수 있다는 점을 알려드립니다.

규정 및 교환 조건

- 1) 호스트 국가의 법을 준수한다. 그 나라의 법을 어겨 유죄 판결을 받을 경우 스폰서나 모국의 지원을 받을 수 없다. 학생은 정부 기관으로부터 풀려나는 대로 강제 귀국 조치된다.
- 2) 학생은 불법 약물을 소지하거나 사용할 수 없다. 단 의사의 처방에 따른 약은 예외로 한다.
- 3) 미성년자의 음주는 어떠한 경우에도 허용되지 않으며 음주 연령에 달한 학생의 경우에도 삼가야 한다. 만약 호스트 가정에서 학생에게 알코올 성분의 음료를 권할 경우 집안에서 그들의 보호아래 마시는 것은 허락된다.
- 4) 학생은 국가나 지방 정부의 면허를 요하는 어떠한 차량도 운전할 수 없으며 운전 교육 프로그램에 참가할 수 없다.
- 5) 교환 학생으로 체류하는 동안 호스트 지구의 관할 안에 있다. 따라서 부모/후견인은 자녀의 과의 활동을 직접 허락하는 일은 피해야 하며, 호스트 지구와 클럽의 담당자가 이를 허락해야 한다. 만약 학생의 친척이 호스트 국가나 지역에 살고 있다 하더라도 이들은 학생이 교환 학생으로 체류하는 동안 아무런 권한을 갖지 않는다.
- 6) 학생은 정기적으로 학교에 출석해야 하며 학업에 최선을 다 해야 한다.
- 7) 학생은 유학을 떠날 때부터 돌아올 때까지 건강과 치과, 사고에서 오는 부상과 병, 그리고, 사망보상 (본국 귀환 포함), 장애 보상, 절단 보상, 응급실 비용, 응급실 24시간 서비스, 법률 서비스 등 로타리 클럽/지구가 만족할 만한 충분한 보상이 모두 커버되는 보험을 소유 해야 한다.
- 8) 학생은 교환 프로그램 기간 중 그들의 안녕을 위하여 충분한 재정적 지원을 받아야 한다. 학생의 호스트 지구는 만약의 사태에 대비, 비상금을 요구할 지도 모른다. 이 돈은 일정액을 유지하여야 하기 때문에 사용되면 다시 채워놓도록 요구 받게 된다. 사용되지 않은 돈은 프로그램 종료와 함께 학생에게 되돌려 준다. 이 돈은 학생의 도착과 함께 호스트 클럽에 맡겨 놓아야 하며 일상비로 사용할 수 없다.
- 9) 여행시엔 호스트 지구의 여행 규정을 지켜야 한다. 여행은 호스트 가족을 동반할 경우와 호스트 지구/클럽이 승인한 로타리 활동을 위해 적절한 성인 보호자를 동반할 경우 허락된다. 다른 여행은 호스트 지구의 담당자와 호스트 클럽, 그리고 부모/후견인의 로타리에 책임이나 의무를 묻지 않는다는 서면 동의서가 있어야만 가능하다.
- 10) 학생은 프로그램 종료 후 호스트 지구와 학생 부모/후견인 사이에 상호 합의된 코스를 통해 바로 귀국해야 한다.
- 11) 학생의 조기 송환에 따른 비용과 정규 교과 과정 외에 들어 가는 비용 (예를 들어 언어 개인 교습, 관광 등)은 학생 부모/후견인이 지불할 책임을 진다.
- 12) 유학을 떠나기 전, 첫 호스트 가정과 연락을 취한다. 호스트 가정에 관한 정보는 학생의 호스트 클럽/지구로부터 떠나기 전에 제공된다.
- 13) 교환 학생으로 체류하는 동안 부모/ 후견인, 형제, 친구의 방문은 권장되지 않는다. 이 같은 방문은 호스트 클럽과 지구의 동의아래 이루어져야 한다.
- 14) 만약 학대나 괴롭힘을 받게 되는 일이 발생하면 호스트 클럽 카운슬러, 호스트 가정 부모 또는 믿을 수 있는 어른에게 상의한다.

성공적인 교환 활동에 필요한 사항

- 1) 흡연은 삼간다. 만약 신청서에 담배를 피우지 않는다고 기입했으면 프로그램 종료 시까지 이를 지켜야 한다. 귀하를 수락한 것은 귀하의 신청서에 기재된 내용을 토대로 한 것이다. 어떠한 경우에도 침실에서 담배를 피우는 일은 허용되지 않는다.
- 2) 교환 활동 기간 중에는 몸에 문신을 하거나 요란한 귀걸이를 하지 않는다.
- 3) 호스트 가정을 존중한다. 그리고 가정의 일원으로 행동하며, 호스트 가정의 자녀들이 하는 일과 동일한 일을 책임감 있게 한다.
- 4) 호스트 국가의 언어를 습득한다. 교사나 호스트 부모, 로타리클럽 회원 그리고 귀하가 만나게 될 지역사회 주민들이 귀하의 언어 습득을 도와주고 격려할 것이다.
- 5) 로타리가 주최하는 행사나 호스트 가정의 행사에 참석한다. 로타리 활동이나 호스트 가정 행사에 관심을 보이고 요청받기 전에 자진해서 참여한다. 귀하의 무관심한 태도는 귀하는 물론 후배 교환 학생에게도 부정적인 영향을 끼치게 된다.
- 6) 심각한 이성교제와 성생활은 허락되지 않는다.
- 7) 지역사회에서 친구를 사귄 때 신중을 기한다. 호스트 가족이나 카운슬러, 학교 관계자에게 조언을 구한다.
- 8) 돈을 빌리지 않는다. 청구서가 있으면 즉시 지불한다. 호스트 가정의 전화를 사용할 경우, 사전에 허락을 얻도록 하며, 장거리 전화는 반드시 청구서에 나온 요금을 지불한다.
- 9) 인터넷과 휴대폰 사용을 자제한다. 지나치게 사용하지 않도록 조심한다.
- 10) 여행이나 행사 참석을 제의 받으면 떠나기 전에 귀하가 지불하여야 할 항목의 비용과 귀하의 책임을 분명히 이해한다.

신청인 성명	
--------	--

서약서

국제로타리 청소년 프로그램 신청인과 그 부모 혹은 법적 후견인은 본 프로그램 참가로 인한 여행이나 호스트 국가 체류 시, 부주의로 인한 경우를 포함하여 어떠한 손실이나 재산 피해, 부상이나 사망 등에 대해서도 호스트 부모와 그 가족, 호스트 클럽/지구, 스폰서 클럽/지구, 국제로타리의 모든 회원, 임원, 이사, 위원회 위원, 직원에 대해 그 책임을 묻지 않을 것을 서약합니다.

신청인과 그 부모 혹은 법적 후견인은 프로그램 규정과 교환 조건을 읽고 이해하였으며 이 같은 규정과 조건을 준수할 것을 서약합니다. 아울러 이의 위반 시, 조기 귀국 조치를 당할 수 있음을 이해하며, 호스트 로타리클럽과 지구가 이 같은 규정과 조건 혹은 다른 규정을 통보하고 집행할 최종적인 권한을 가지고 있다는 것을 서약합니다.

우리는 청소년 보호를 위한 선언문을 읽고 이해하였으며, 모든 로타리안들과 호스트 가정 역시 이 선언문을 읽고 이해하였다는 것을 믿습니다. 청소년 교환 활동의 참가자로 선발된다면, 성희롱과 성폭력 예방을 위한 연수 메뉴얼과 자료들을 받게 되며, 여기에 설명되어 있는 어떠한 종류의 성희롱과 성폭력의 경우를 당하였을 때 연락 담당자에 대한 정보를 알고 있게 될 것입니다.

신청인은 정신적으로나 육체적으로 건강한 상태에 있으며, 로타리 청소년 교환 학생의 친선사절 역할이 얼마나 중요한지를 잘 알고 있습니다. 그리고 이를 위해 최선을 다할 것입니다. 아울러 로타리 청소년 교환 학생에게 요구되는 높은 기준에 도달하기 위해 노력할 것이며, 교환 학생으로 선발되는 경우, 스폰서한 로타리클럽과 지구, 학교, 지역사회, 국가를 대표하여 최선의 노력을 경주할 것입니다. 동시에 본 신청서의 모든 기록이 사실이며 정확하다는 것을 서약합니다.

진료 허락/ 의료 기록 발급 및 책임 면제 승인서

신청자의 부모/법적 후견인과 신청인인 우리는, 건강 진단 혹은 치과 진료에 필요한 '의료 정보 1-4' 페이지 기록이 발급되는 것을 허락합니다.

신청인의 부모/법적 후견인과 신청인은 로타리 청소년교환 학생인 우리의 자녀/피보호인을 위해 아래와 같은 내용들을 승인하는 동시에 신청자의 건강과 의료 진료에 법적인 책임을 지닌 자의 결정에 따르며 이에 관해 어떠한 책임도 묻지 않을 것입니다.

- 사고나 질병 시 우리/저는 로타리 활동과 관련하여 우리의 자녀/피보호인의 보호자로 선정된 로타리안이나 호스트 가정의 부모가 적절한 의료 시설과 의사, 치과 의사를 선택할 수 있도록 허락합니다.
- 우리/저는 의료진이 우리의 자녀/피보호인의 치료를 위하여 필요하다고 판단한 경우 수술이나 마취, 수혈을 할 수 있도록 허락합니다.
- 우리/저는 응급 사태가 발생할 경우 우리의 자녀/피보호인이 면허를 소지한 의사나 외과의, 치과 의사의 치료나 수술을 받도록 동의합니다. 우리는 가능한 한 신속히 이를 통보받기 원하지만 이의 통보를 위해 응급 치료가 지연될 필요는 없습니다.
- 학교 등록을 위해 필요한 예방 접종을 받을 수 있도록 허락합니다.
- 선택의 여지가 있는 수술의 경우 우리/저는 사전에 이를 통보해 줄 것을 요청합니다.

우리는 국제로타리, 로타리지구, 로타리회원, 로타리보호자 혹은 호스트 가족들이 비상시에 대처한 어떠한 활동에 대해서도 그 결과에 상관없이 그 책임을 묻지 않을 것에 동의합니다.

우리는 의료보험 혜택이 없는 어떠한 의료 진료나 치료 경비에 대한 모든 재정적인 책임을 질 것을 동의합니다.

신청인 성명 (정자로 기입하십시오)	서명
부/법적 후견인(정자로 기입하십시오)	서명
모/법적 후견인(정자로 기입하십시오)	서명
스폰서 클럽 대표 성명(정자로 기입하십시오)	서명
날짜 _____ 년 _____ 월 _____ 일	

청소년 보호 선언문

국제로타리는 모든 로타리 활동 참가자들에게 가장 안전한 환경을 제공하기 위하여 최선을 노력을 다한다. 활동에 참가한 어린이들이나 청소년들이 신체적으로나 성적으로, 혹은 정서적으로 학대 받는 일이 없도록 예방하고, 가장 안전한 환경을 제공하기 위해 최선의 노력을 기울이는 것은 모든 로타리안과 그 배우자, 다른 모든 자원봉사자들의 의무이다.

RI 이사회 채택, 2002 년 11 월



___ 지구

신청인 성명

단기 교환 프로그램 신청서 체크리스트

이 체크리스트를 이용해 필요한 모든 신청서가 작성되었는지를 확인 하십시오. 모든 복사본의 서명은 직접 파란 잉크로 해야 되며; 모든 사진은 칼라사진 원본이나 고질의 복사본이어야 합니다.

	1부	2부	3부	4부
개인 신상서: 사진을 붙여 작성한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
소개서 및 사진: 사진(4)을 붙인다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
건강 기록 및 진료 양식: 의사 서명을 받는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
치과 건강 진단서: 의사 서명을 받는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
동의서: 신청인/부모/후견인의 서명을 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
서약서, 진료 허락, 의료 기록 발급 및 책임 면제 승인서: 신청인/부모/후견인의 서명을 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
학교 성적 증명서 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
여권/출생 신고서 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

