

# STUDYTOURS 학습 투어

## 해외 방문자 프로필

**NOTE:** This form is best completed using the program Adobe Acrobat Reader. If Adobe Acrobat is not loaded onto your PC or Mac then you can download it for free from <https://get.adobe.com/reader>. You can also complete the form using the browser Internet Explorer.

PLEASE COMPLETE THIS FORM IN ENGLISH. ENSURE IT IS TYPED, NOT HANDWRITTEN.  
이 양식을 영어로 작성하고, 자필이 아닌 타이핑을 해주세요.

### PART A: VISITOR DETAILS 파트 A: 방문자 세부사항

**First name** 이름

**Surname** 가족 성

**Gender** 성별

Male 남자

Female 여자

**Date of birth** 생년월일 (일/월/년)

**Age** 나이

**Nationality** 국적

Emergency contact details of parent/guardian 부모/ 보호자의 비상연락처

**Full name** 이름

**Phone Number** 전화 번호

**Address** 주소

**Email** 이메일

**Education** 교육

**School name** 학교 이름

**Current year in school** 학년

**Number of years studying English** 영어 공부를 한 횟수

### PART B: MEDICAL DETAILS 파트 B: 의료 정보

**Do you have any allergies?** 알레르기가 있습니까? **No** 아니요 **Yes** 예 (please tick one) (하나만 선택하세요)

**If yes, include any food, animal and drug allergies (please provide full details and medication taken):**

모든 종류의 음식, 동물 및 약물 알레르기 포함 ('예'라고 답한 경우, 자세한 설명과 함께 복용약의 이름을 알려주세요):

**Do you have any illnesses/medical conditions?** 질병 또는 진단받은 질환이 있습니까?

**No** 아니요

**Yes** 예 (please tick one) (하나만 선택하세요)

**Include asthma, diabetes, epilepsy or anaphylaxis (If yes, you must advise treatment and medication taken including use of an adrenaline autoinjector e.g. EpiPen):**

천식, 당뇨병, 간질 또는 과민증 포함 ('예'라고 답한 경우, 아드레날린 자가주사제인 에피펜을 포함해 사용중인 치료법과 복용약의 이름을 알려주세요):

**Is there anything else in the visitor's history or circumstances not already advised that might pose a risk to students or staff in NSW government schools?** NSW주 공립학교 학생들이나 교직원들에게 위험을 초래할 수 있는, 방문자의 그 밖의 다른 병력이나 특별한 상황이 존재합니까? **No** 아니요 **Yes** 예 (please tick one) (하나만 선택하세요)

**(If yes, you must provide full details):** ('예'라고 답한 경우, 자세히 설명해 주세요):

## PART C: HOMESTAY 파트 C: 홈스테이

Only complete this section if DE International is arranging homestay  
(이 부분은 DE International이 홈스테이를 주선하는 경우에만 작성해주세요)

**Placement preference** 홈스테이 배정 방식      Single 본인 1명      Double 2명 쉼어 (친구 동반시)  
**Smoking preference** 흡연 여부      Non-smoking 비흡연 가정      No preference 상관없음      Outside only 밖에서만 흡연  
**Pets preference** 애완동물 여부      Prefer pets 선호함      No pets 선호하지 않음      Outside pets only 밖에서만 키움

**Message to host family** 홈스테이 가족에게 보내는 메시지

Family members 가족 구성원

RELATION 관계	NAME 이름	OCCUPATION 직업	AGE 나이

Interests/Hobbies/Sports 관심/취미/스포츠

## PART D: PERMISSION TO PUBLISH AND CONSENT 파트 D: 출판 허가 및 동의서

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form, being photographed/filmed for publication within the NSW Department of Education's internet sites, social media, newspaper, external publication, television and on other associated promotional material. Note: You have agreed to participate in the study tour. We may collect photograph and film content for publication. If you choose to participate in the study tour, we may be unable to exclude you from any photograph or film content.  
 나는/우리는, 이 양식에서 앞서 언급된 해외 방문자가, NSW주 교육부의 인터넷 사이트, 소셜 미디어, 신문, 외부 출판물, TV 및 다른 기타 관련 홍보 자료 게 시용으로 사진 및 동영상에 촬영될 수 있음에 동의합니다. 알림: 귀하는 학습 투어에 참여하는 데 동의하셨습니다. 귀하의 사진과 영상 콘텐츠는 출판을 목 적으로 수집될 수 있습니다. 만약 학습 투어에 참여하기로 하신 경우라면 귀하의 사진 또는 영상 콘텐츠를 제외하는 것이 불가능할 수 있습니다.

Yes 예      No 아니요 (please tick one) (하나만 선택하세요)

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form participating in all study tours and homestay activities (both on and off the school and homestay premises) including any excursions and trips arranged by the school and homestay provided during the program. 나는/우리는, 이 양식에서 앞서 언급된 해외 방문자가, 프로그램 기간동안 학교 및 홈스테이가 주선하는 견학 또는 여행을 포함해 모든 스터디 투어와 홈스테이 활동 (학교 및 홈스테이 내외에서) 에 참가하는 것에 동의합니다.

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form, in the event of an emergency, using ambulance transportation and or receiving such medical or surgical treatment as may be deemed necessary. This may include, but not be limited to, placement in a hospital, use of doctor's services and transportation to the home country as well as COVID related medical care and testing. 나는/우리는, 이 양식에서 앞서 언급된 해외 방문자가, 긴급 사태가 발생했을 경우, 구급차 이용 그리고/또는 필요하다고 인정되는 의료적 또는 외과 적 치료를 받는 것에 동의합니다. 이것은 코로나19 관련 의료 서비스 및 진단과 병원 입원, 의사 진료, 고국 이송이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

I/we understand that the accompanying adult is responsible for all costs incurred in providing medical treatment and associated service to the overseas visitor, as aforementioned. 나는/우리는, 앞서 언급한 것처럼 해외 방문자에게 제공된 의료적 치료 및 관련 서비스로 인해 발생한 모든 비용은 동반한 성인 보호자의 책임임을 이해합니다.

I/we agree to reimburse the host family or the local school for any damage the aforementioned overseas visitor named in this form may cause. 나는/우리는 이 양식에서 앞서 언급된 해외 방문자가 일으킨 사고로 피해를 입은 홈스테이 가족 또는 지역 학교에 배상하는 것에 동의합니다.

**Signature of Parent/Guardian (if visitor under 18 years of age):** 학부모/보호자 서명(18세 미만 학생의 경우):

**Signature of Visitor (if over 18 years of age):** 방문자 서명(18세 이상 학생의 경우):

PLEASE USE YOUR DIGITAL SIGNATURE TO SIGN THIS FORM BEFORE RETURNING IT TO YOUR AGENT. IF YOU DO NOT HAVE A DIGITAL SIGNATURE, PLEASE PRINT THE FORM AND SIGN IT BEFORE RETURNING IT TO YOUR AGENT. 본 서류를 에이전트에 전달하기 전 귀하의 전자 서명을 사용하여 본 양식에 서명 해 주세요. 만약 전자 서명을 보유하고 있지 않으실 경우, 양식을 프린트하 여 서명하신 후 에이전트에 전달하세요.