

# 2026 Camp Agape 사랑의캠프

Name 이름: \_\_\_\_\_ Branch 지단: \_\_\_\_\_ Gender 성별:  Male 남 /  Female 여

D.O.B 생년월일(MM/DD/YYYY): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ T-Shirt Size:  S /  M /  L /  XL /  XXL

## **EMERGENCY CONTACT 응급연락처**

Please list two individuals who are authorized to make decisions in the event of any and all emergencies. Ensure they are contacted immediately for necessary actions and guidance.

응급상황 발생시 참가자에 관련된 모든 결정을 내릴수 있는 권한을 가진 두명의 연락처를 적어주십시오

Name 이름: \_\_\_\_\_ Relationship 관계: \_\_\_\_\_

Phone 전화: \_\_\_\_\_ E-mail 이메일: \_\_\_\_\_

Name 이름: \_\_\_\_\_ Relationship 관계: \_\_\_\_\_

Phone 전화: \_\_\_\_\_ E-mail 이메일: \_\_\_\_\_

## **MEDICAL INSURANCE INFORMATION 의료보험정보**

Medical Insurance Company 의료보험사명: \_\_\_\_\_

Policy or Subscriber ID Number 계약/등록번호: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician 담당의사: \_\_\_\_\_ Phone 전화: \_\_\_\_\_

## **Allergies or Illnesses of Applicant 참가자의 알러지 혹은 질병**

Allergies (Food, Medication, etc.) 알러지(음식, 약물 등)	
Illnesses 질병	

## **MEDICATION CURRENTLY TAKING 현재 복용중인 약물명 및 복용용량**

Name of Medication 약물명	Dosage 복용용량	Morning	Afternoon	Evening	Bedtime
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

## PARENT/GUARDIAN CONSENT 보호자 동의서

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Guardian), hereby grant permission for my son/daughter, \_\_\_\_\_ (Participant/Volunteer), to attend "2026 Camp AGAPE, "taking place from July 16 to July 18, 2026, at the Hyatt Regency Princeton, NJ, hosted by Milal Mission. In the event of a medical emergency, I authorize the camp teachers and/or staff to provide necessary first aid and, if required, to arrange transportation by car or ambulance to a doctor or emergency medical facility for treatment. I understand and agree that Milal Mission will not be held liable for any accidents, injuries, or medical expenses incurred during the event.

본 신청자의 부모/보호자인 \_\_\_\_\_은(는) 본 신청자 \_\_\_\_\_가 2026년 7월 16일부터 7월 18일까지 Hyatt Regency Princeton, NJ 에서 열리는 "2026 사랑의 캠프"에 참석하는 것을 허락합니다. 캠프기간 중 의료 응급 상황이 발생할 경우, 선생님 또는 스태프가 필요한 응급 처치를 제공하고, 필요시 자가용 또는 구급차로 의사나 응급 의료 시설로 이송하여 치료를 받을 수 있도록 권한 부여합니다. 또한 캠프 기간 중 발생할 수 있는 사고, 부상 또는 의료 비용에 대해 밀알선교단에 법적 책임을 묻지 않을 것을 동의합니다.

Signature 서명: \_\_\_\_\_ Date Signed 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Media Consent 미디어에 관한 동의서

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Guardian), hereby grant permission to the Milal Mission Camp AGAPE staff to take photos and/or videos of my son/daughter, \_\_\_\_\_, and/or myself. I also consent to the use of these images or videos in related media if deemed necessary.

본 신청자의 부모/보호자인 \_\_\_\_\_은(는) 본 신청자 \_\_\_\_\_가 밀알선교단 부속 사랑의 캠프에서 활동하는 동안 사진 및 동영상을 촬영하는 것에 동의합니다. 또한 필요시 해당 사진 및 동영상을, 관련된 미디어에 게시하는 것에도 동의합니다.

Signature 서명: \_\_\_\_\_ Date Signed 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## TRANSPORTATION CONSENT 교통에 관한 동의서

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Guardian), hereby grant permission to the Milal Mission Camp AGAPE staff to provide transportation for my son/daughter, \_\_\_\_\_. I agree to release Milal Mission from any liability for accidents or incidents that may occur during transportation. Please note that if you do not provide consent for transportation, you will be responsible for arranging transportation to and from Camp AGAPE location.

본 신청자의 부모/보호자인 \_\_\_\_\_은(는) 본 신청자 \_\_\_\_\_가 밀알선교단 부속 사랑의 캠프 활동 중 차량 이동 서비스를 이용하는 것에 EHDDMLGKSLEK. 이동중 사고가 발생할 경우 밀알선교단에 책임을 묻지 않겠습니다. 이동서비스를 허락하지 않으실 경우, 부모/보호자가 사랑의 캠프 장소까지 교통편을 제공해 주셔야 합니다.

Signature 서명: \_\_\_\_\_ Date Signed 날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_