

2026 Camp AGAPE 사랑의캠프

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

D.O.B 생년월일 (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / _____ T-Shirt Size 티셔츠 사이즈: 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 내릴 수 있는 권한을 가진 두 명의 연락처를 적어 주십시오.

Name 이름: _____ Relationship 관계: _____

Phone 전화: _____ Email 이메일: _____

Name 이름: _____ Relationship 관계: _____

Phone 전화: _____ Email 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 오전	Afternoon 오후	Evening 저녁	Bedtime 취침시간
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

PARENT/GUARDIAN OR PARTICIPANT CONSENT 부모/보호자 또는 참가자 동의서

I, _____ (Parent/Guardian or Participant if 18 years or older), hereby grant permission for _____ (Participant/Volunteer), to attend "2026 Camp AGAPE," hosted by Milal Mission, taking place from July 16–18, 2026, at the Hyatt Regency Princeton in Princeton, New Jersey. In the event of a medical emergency, I authorize the camp staff, or designated leaders to provide necessary first aid and, if necessary, arrange transportation by car or ambulance to a physician, hospital, 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.

본인 _____ (부모/보호자 또는 18 세 이상 참가자 본인)은(는) _____ (참가자/봉사자)가 2026 년 7 월 16 일부터 7 월 18 일까지 Hyatt Regency Princeton, NJ 에서 열리는 “2026 사랑의 캠프”에 참석하는 것을 허락합니다. 캠프 기간 중 의료 응급 상황이 발생할 경우, 선생님 또는 스태프가 필요한 응급 처치를 제공하고, 필요시 자가용 또는 구급차를 이용하여 의사나 응급 의료 시설로 이송하여 치료를 받을 수 있도록 권한을 부여합니다. 또한, 캠프 기간 중 발생할 수 있는 사고, 부상 또는 의료 비용에 대해 밀알선교단에 법적 책임을 묻지 않을 것에 동의합니다.

Signature 서명: _____ Date Signed 날짜: ___ / ___ / _____

MEDIA CONSENT 미디어 사용 동의서

I, _____ (Parent/Guardian or Participant if 18 years or older), hereby grant permission to the Milal Mission Camp AGAPE staff to take photos and/or videos of _____ (Participant/Volunteer) and/or myself. I further consent to the use of these photographs or videos for camp-related publications, promotional materials, websites, or other media as deemed appropriate by Milal Mission.

본인 _____ (부모/보호자 또는 18 세 이상 참가자 본인)은(는) 밀알선교단 Camp AGAPE 스태프가 _____ (참가자/봉사자) 및/또는 본인의 사진 및 영상을 촬영하는 것에 동의합니다. 또한 촬영된 사진이나 영상이 캠프 관련 홍보자료, 출판물, 웹사이트 또는 기타 미디어에 사용될 수 있음에 동의합니다.

Signature 서명: _____ Date Signed 날짜: ___ / ___ / _____

TRANSPORTATION CONSENT 교통편 이용 동의서

I, _____ (Parent/Guardian, or Participant if 18 years or older), hereby grant permission to the Milal Mission to provide transportation for _____ (Participant/Volunteer) to and from Camp AGAPE. I agree to release Milal Mission from any liability for accidents or incidents that may occur during transportation. If I do not provide consent for transportation, I understand that I will be responsible for arranging transportation to and from the Camp AGAPE location.

본인 _____ (부모/보호자 또는 18 세 이상 참가자 본인)은(는) 밀알선교단(Milal Mission)이 _____ (참가자/봉사자)을(를) 사랑의 캠프 장소까지 왕복 이동을 위해 교통편을 제공하는 것에 동의합니다. 또한 이동 중 발생할 수 있는 사고에 대해 밀알선교단에 책임을 묻지 않겠습니다. 교통편 이용에 동의하지 않을 경우, 부모/보호자 또는 참가자가 직접 사랑의캠프 장소까지 왕복 교통편을 제공해야 함을 이해합니다.

Signature 서명: _____ Date Signed 날짜: ___ / ___ / _____