



성균관대학교 영재교육원

입 학 동 의 서

(보호자용)

학교 학년

학 생 성 명:

본인은 위 학생의 보호자로서 성균관대학교 영재교육원의 교육이념 및 교육 계획에 동의합니다. 또한, 위 학생이 2024학년도 수학 기간 중 교육원의 제반 규정을 준수하고 학업에 성실하게 임할 수 있도록 보호자로서 책임을 다할 것과 이를 어길 시 영재교육원의 해당 준칙을 따를 것을 약속합니다.

2023년 월 일

보호자_____ (서명)

성균관대학교 영재교육원장 귀하

(서울특별시 교육청 지정·설치 영재교육원)