

## 보호자 동의서

본인은 \_\_\_\_\_ 학생의 보호자로서  
전북특별자치도교육청 ADHD 치료비 지원 사업에  
의한 치료에 성실히 임할 것을 동의합니다.

20    년    월    일

보호자: \_\_\_\_\_ (서명)

학생과의 관계: \_\_\_\_\_

## 개인정보 제3자 제공 동의서(안)

### I. 제공받는 기관

- 전북특별자치도교육청, 치료 기관

### II. 제공하는 개인정보의 항목

- 지역, 학교정보(학교명, 학교급, 학교담당자, 담당자연락처), 학생정보(학생명, 학년/반, 성별, 생년월일, 학생 연락처, 학부모 연락처), 치료기관명

### III. 개인정보 제공 목적

- 학교는 다음과 같은 이유로 개인정보를 요청(제공)합니다.  
- 학생 병원 치료비 지원

### IV. 개인정보 보유기간

- 수집된 개인정보의 보유기간은 치료비 신청 연도로부터 5년간입니다.

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단, 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

※ 개인정보는 정보주체의 동의없이 동의한 내용 외 다른 목적으로 활용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다.

성 명 :

(인)

20    년    월    일

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :