



제 목

자녀 상담활동에 대한 학부모 동의서

학부모님의 가정에 건강과 평안이 함께 하길 기원합니다.

서곡중학교 학생들의 상담지원을 위해 학부모님께 상담 동의를 구하고자 합니다. 서곡중학교 상담실은 다양한 상담활동을 통하여 학생의 정서적 지지와 안정을 도모하고 즐겁고 원만한 학교생활을 하도록 돕는 데에 그 목적이 있습니다. 학생들이 건강하고 행복한 학교생활을 해 나갈 수 있도록 상담지원을 긍정적으로 바라봐주시면 감사하겠습니다. 본 가정통신문의 동의 여부를 선택하시고 3월 10일까지 회신해주시길 부탁드립니다.

자녀의 상담활동 및 심리검사 실시에 대한 학부모 동의 요청

상담 및 심리검사 실시 및 해석을 통하여 현재 겪고 있는 학교생활의 어려움을 줄이고, 스스로 자신을 이해하며 정서적인 안정을 위해 아래와 같은 경우, 수업 중일지라도 학생이 상담을 받는 것에 동의합니다.

1. 자발적 신청 또는 심리적 위기상황으로 긴급하게 상담이 필요할 시(담임/교과교사의 허락하에 진행)
2. 학급 담임과 교과담임 및 교감, 교장의 상담 의뢰 시
3. 부득이하게 선도의 목적으로 필요하다고 판단하였을 시
4. 선도위원회 및 학교폭력대책심의위원회의 결과조치로 상담이 진행될 시

※ 아래와 같은 네 가지 경우를 제외하고 모든 상담 내용은 비밀이 보장됩니다. 상담 및 심리검사 결과 역시 비밀이 보장되며, 학생과 학부모님의 동의 없이 외부에 공개되지 않습니다. 상담 내용은 효과적인 사례관리 및 통계적 활용을 위해 서면 및 전자로 기록되며, 보안이 적용되어 철저히 관리됩니다.

1. 학생이 스스로를 해칠 의도가 있을 경우
 2. 학생이 타인을 해칠 의도가 있을 경우
 3. 학생이 타인으로부터 신체적·성적·심리적 학대를 받을 가능성이 있을 경우
 4. 정부기관(법원) 및 학교장, 학교폭력대책심의위원회, 선도위원회 등이 요구할 경우
- (※ 학부모님께서 학교폭력대책심의위원회 재심을 신청할 경우, 학생의 상담 일자와 간략한 상담 내용이 재심의 기관으로 제출되어집니다.)

※ 학생과의 상담 내용은 생활기록부에 기재되지 않습니다.

※문의사항이 있으시다면, 서곡중학교 상담실 063-905-2160번으로 연락해주시기 바랍니다.

위 내용을 읽고 이해했으며, 자녀가 본교 재학기간 동안 상담 및 심리검사를 할 수 있다는 것에

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 (동의하지 않으시는 경우, 학생과의 상담은 진행되지 않습니다.)

1학년 _____ 반 _____ 번 학생 이름: _____ (서명)
학생과의 관계 : _____ 보호자 : _____ (서명)

2022. 3. 7.

전 주 서 곡 중 학 교 장