



개별 카운슬링 동의서

Division of Psychological Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 339-1
2015년 10월

학생 이름 _____ 생년월일 ____/____/____ MCPS 학생번호 _____

학교 _____ 학년 _____

부모/후견인 이름 _____ 연락처 전화번호 _____ - _____ - _____

학교 심리학자는 학부모님/후견인의 동의를 받아야만 학생에게 카운슬링 서비스를 제공할 수 있습니다. 카운슬링 세션을 통해 많은 학생의 학교에서의 행동과 성적이 향상되고 있습니다. 이 세션은 학교 외에서 받아야 하는 카운슬링 서비스를 대체하는 서비스가 아닙니다. 카운슬링 세션에서 얻는 정보는 특별한 경우 외에 다른 사람에게 누설하지 않습니다. (특별한 경우의 예: 학생이 자신이나 다른 사람 또는 물건 등을 위협할 경우 및 증거로 사용될 경우)

서명 후 이 동의서를 학생편으로 학교에 제출해 주세요. 카운슬링 동의서는 한 학사연도동안 유효합니다. 카운슬링에의 참여는 자원에서만 이루어지며, 학부모 동의하에 학생에게 제공되는 카운슬링은 언제든지 취소할 수 있습니다

학부모/후견인은 학교 심리학자와 연락하여 학생의 진도와 향상에 대해 문의하시기를 권합니다.

학생의 성공적인 학교생활을 위한 협조에 감사드립니다.

본인은 학교 심리학자가 제공하는 카운슬링 서비스를 본인의 자녀가 받을 것을 **허락합니다.** _____
(학생 이름)

본인은 학교 심리학자가 제공하는 카운슬링 서비스를 본인의 자녀가 받을 것을 **허락하지 않습니다.** _____
(학생 이름)

학부모/후견인 (서명) _____ 일시 ____/____/____

학교 심리학자 이름 (정자로 표기) _____

학교 심리학자 (서명) _____

심리학자 연락처 _____ - _____ - _____