



## Ứng Thuận cho Tư Vấn Theo Nhóm

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

MCPS Form 339-2  
Tháng 10, 2015

Tên Học Sinh \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MCPS ID# \_\_\_\_\_

Tên Trường \_\_\_\_\_ Cấp Lớp \_\_\_\_\_

Tên Phụ Huynh/Giám Hộ \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Liên Lạc \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Chuyên gia tâm lý trường học có thể cung cấp tư vấn theo nhóm cho các học sinh có giấy cho phép của phụ huynh hay giám hộ. Những buổi tư vấn này được thiết kế để dạy các kỹ năng giúp các học sinh thành công hơn trong môi trường học vấn và xã hội của các em. Nhiều học sinh có thể cải thiện thành tựu học tập, việc đi học chuyên cần, và thái độ đối với trường học bằng cách tham gia các buổi tư vấn theo nhóm. Các vấn đề tự giúp được khai triển trong các nhóm này thường bao gồm các phương thức đối phó, kiểm chế sự căng thẳng, giải quyết vấn đề, và kỹ năng giao tiếp xã hội. Những buổi tư vấn này không nhằm vào thay thế cho việc tư vấn dựa trên cơ sở ngoài trường học mà quý vị có thể xếp đặt cho em học sinh.

Các học sinh sẽ được khuyến cáo giữ kín những thông tin do những em khác chia sẻ trong các buổi tư vấn này. Thông tin do các học sinh tiết lộ trong các buổi họp tư vấn theo nhóm thường không được người lãnh đạo nhóm tiết lộ cho bất cứ ai khác, ngoại trừ trong một số hoàn cảnh (thí dụ, có dấu hiệu là học sinh là một mối nguy hiểm cho chính em, người khác, hay tài sản).

Xin ký tên và cho em học sinh đưa trả lại giấy cho phép này. Sự ưng thuận cho việc tư vấn theo nhóm này có hiệu lực trong một năm học. Sự tham gia của học sinh trong việc tư vấn là hoàn toàn tự nguyện và việc ưng thuận có thể được phụ huynh/giám hộ rút lại bất cứ lúc nào. Chúng tôi khuyến khích quý vị phụ huynh liên lạc với chuyên gia tâm lý trường học để được biết về tiến bộ của em học sinh.

Cám ơn quý vị về sự hỗ trợ trong việc giúp đỡ con quý vị thành công tại trường học.

Tôi **đồng ý** cho phép \_\_\_\_\_ nhận các dịch vụ tư vấn theo nhóm của chuyên gia tâm lý trường học.  
(Tên Học Sinh)

Tôi **không** cho phép \_\_\_\_\_ nhận các dịch vụ tư vấn theo nhóm của chuyên gia tâm lý trường học.  
(Tên Học Sinh)

Phụ huynh/Giám hộ (Chữ ký) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tên Chuyên Gia Tâm Lý Trường Học (Viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chuyên Gia Tâm Lý Trường Học (Chữ ký) \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc của chuyên gia tâm lý \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_