

상 담 신 청 서

학생 성명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	연락처	
학 교 명		학년반	학년 반	생년월일	년 월 일
신청자 성명		신청자 유형	<input type="checkbox"/> 담임교사 <input type="checkbox"/> 상담교사 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 기타		
신청방법	<input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 공문 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 연락처				
상담 받고 싶은 내용	① 가정문제 <input type="checkbox"/> 부모·자녀 갈등 <input type="checkbox"/> 부모 이외의 가족간의 갈등 ② 대인관계 <input type="checkbox"/> 따돌림 <input type="checkbox"/> 친구관계 <input type="checkbox"/> 이성관계 ③ 학업 <input type="checkbox"/> 성적문제 <input type="checkbox"/> 시험불안 <input type="checkbox"/> 학업태도 및 흥미 <input type="checkbox"/> 진로 ④ 성격 <input type="checkbox"/> 자신의 성격에 대한 불만 <input type="checkbox"/> 성격으로 인한 타인과 마찰 <input type="checkbox"/> 자아정체감 ⑤ 정신건강 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 공포 <input type="checkbox"/> 과잉행동장애 및 주의력결핍 ⑦ 학교적응 <input type="checkbox"/> 등교거부/무단결석 <input type="checkbox"/> 학교중도포기 <input type="checkbox"/> 복학후 적응 <input type="checkbox"/> 규율위반 <input type="checkbox"/> 학교폭력 ⑥ 행동 <input type="checkbox"/> 가출 <input type="checkbox"/> 약물 오·남용 <input type="checkbox"/> PC과다사용 <input type="checkbox"/> 성관련 문제 <input type="checkbox"/> 자살 ⑦ 심리평가 <input type="checkbox"/> 종합심리평가 <input type="checkbox"/> 간이성격평가 <input type="checkbox"/> 정서행동선별 심층사정평가 ⑧ 기타: _____				
이전의 상담 및 약물치료 경험	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 : 있다면 언제() 어디서() 상담(치료) 받았던 이유 혹은 개입 내용:				
상담 희망 시간	*상담일정은 담당 상담자 여건 및 기관 상황에 따라 조정될 수 있습니다.				
상담받고 싶은 구체적인 내용					
뒷장까지 작성하세요 →					

학생 참여 동의 및 비밀보장 안내

- 자신 또는 타인의 생명이나 안전이 위험한 경우
- 아동학대 및 학교폭력을 알게 된 경우나 의심하는 경우
- 법에 따라 정보를 공개해야 하는 경우
- 전염성 있는 질병을 가지고 있을 경우
- 학교폭력 피·가해 학생으로 위원회의 치료 및 교육 요청을 받은 경우(결과 회신 등)

□ 미동의

☐ 개인정보 수집·이용 동의

- 수집목적: 상담 및 관련 교육프로그램 운영, 상담 기록
- 수집항목: 학년, 반, 번호, 성명, 성별, 전화번호, 상담일시, 생년월일, 의뢰인과의 관계
- 보유·이용기간: 5년

※ 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 상담 및 관련 교육활동 참여에 제한이 있을 수 있습니다.

□ 미동의

학생 성명 : (서명)

학부모 성명 : (서명)

경기도시흥교육지원청 위(Wee)센터에 위 학생의 상담을 신청합니다.

2025년 월 일
 신청인 : (인)

