



# 그룹 카운슬링 동의서

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

MCPS Form 339-2  
2015년 10월

학생 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MCPS 학생번호 \_\_\_\_\_

학교 \_\_\_\_\_ 학년 \_\_\_\_\_

부모/후견인 이름 \_\_\_\_\_ 연락처 전화번호 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

학교 심리학자는 학부모님/후견인의 동의를 받을 경우, 학생에게 그룹 카운슬링 서비스를 제공할 수 있습니다. 이 카운슬링 세션은 학생들이 학업과 사회환경에 잘할 수 있는 기술을 가르치도록 짜여져 있습니다. 카운슬링 세션을 통해 많은 학생이 학교에서의 활동 및 성과와 출석, 태도가 향상되고 있습니다. 이 그룹을 위해 개발된 스스로 할 수 있는 도움 세션에는 전략 따라 하기, 스트레스 관리법, 문제해결 방법, 사회기술 등이 포함되어 있습니다. 이 세션은 학교 외에서 받아야 하는 카운슬링 서비스를 대체하는 서비스가 아닙니다.

학생은 그룹 세션에서 듣는 정보를 주위에 말해서는 안 됩니다. 그룹 인도자는 특별한 경우를 제외하고 그룹 카운슬링 세션에서 얻는 정보를 다른 사람에게 누설하지 않습니다. (특별한 경우의 예: 학생이 자신이나 다른 사람 또는 물건 등을 위협할 경우. 증거로 사용될 경우)

서명 후 이 동의서를 학생 편으로 학교에 제출해 주세요. 이 그룹 카운슬링 동의서는 한 학사연도동안 유효합니다. 카운슬링에의 참여는 자원에서만 이루어지며, 학부모/후견인은 언제든지 카운슬링 세션 참여를 취소할 수 있습니다. 학부모는 학교 심리학자와 연락하여 학생의 진도와 향상에 대해 문의하시기를 권합니다.

학생의 성공적인 학교생활을 위한 협조에 감사드립니다.

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

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

학부모/후견인 (서명) \_\_\_\_\_ 일시 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

학교 심리학자 이름 (정자로 표기) \_\_\_\_\_

학교 심리학자 (서명) \_\_\_\_\_

심리학자 연락처 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_