


<div>교훈: 정직</div> <div></div>	가 정 통 신 문		제2020-038호
			담당: 교육연구부
	찾아가는 맞춤학습 상담 신청 안내		경기도 시흥시 매화로 71 ☎ 070-4706-1754

찾아가는 맞춤학습 상담 신청 안내

학부모님 댁내 평안하심을 기원합니다.

시흥교육지원청에는 학습이 느린 학생들을 위한 학습종합클리닉센터를 운영하고 있습니다. 학습상담전문가 선생님과 학생이 1:1로 만나서 학습지도와 정서상담을 병행하여 학습이 느린 원인을 찾아가며 그 학생에게 맞는 지도 방법으로 학습에 대한 자신감을 키울 수 있도록 돕고 있습니다. 학습상담전문가의 도움이 필요하신 학부모님께서는 [붙임1],[붙임2]를 작성하여 담임 선생님께 **5월 16일 월요일까지** 회신 바랍니다.(단, 신청 인원이 미달되면 프로그램 개설이 안 됩니다.)

1. 학습상담 수업 일정: 학기중 방과 후 총50회(주2~3회씩)
2. 학습상담 수업 장소: 학교 내 빈 교실(추후 공지)
3. 프로그램

단계		회기	내용
선별	협의회	1	협의회
진단 및 상담목표 설정	초기상담 및 진단	2	- 관계맺기
		3	- 읽기검사, 쓰기검사 - 정서검사 : 정서행동특성검사 학부모용·교사용
		4	- 학생 파악 및 학습상담 목표 파악하기
	교사/학부모상담1	5	- 교사/학부모 초기 상담
상담	학습지도 및 정서상담	6-47	- 우울/불안, 분노, 주의집중, 사회성, 동기/진로, 자존감 영역별 상담 - 한글 이해득 학생을 위한 읽기 쓰기 프로그램 지원 - 3R's 기초부진 학생을 위한 개별 프로그램 지원 - 학습동기 부여 및 향상을 위한 상담 - 긍정적 자아개념 형성 및 일상생활기술 향상을 위한 상담 - 학습전략
	사후진단 및 종결	48	- 사후검사
		49	- 학생 종결상담
	교사/학부모상담2	50	- 교사/학부모 종결상담
사후 관리	사후관리		- 사후관리

2020년 5월 11일

시 흥 매 화 중 학 교 장[직인생략]

[붙임1] 학습종합클리닉 시흥거점센터

찾아가는 맞춤형학습상담 지원 신청서

☐ 지역: (시) 학교명 _____

■ 의뢰자(교사)께서는 아래 내용을 정확히 기재하여 상담에 도움이 될 수 있도록 해주시기 바랍니다.

의뢰자 (교사)	이 름		직 위		학생과의관계	
	사무실전화		휴대전화			
	이 메 일					

대상자 (학생)	학생 이름				학년/반	학년	반
	생년월일	년 월 일 (만 세)			성별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여
	주 소						
	연락처	학 생					
		집					
	가족 관계	이름	관계	연락처	기타 상담에 필요한 사항		
도움 받고 싶은 학습영역		예) 3R's, 교과학습진단결과, 기초학력향상평가 점수, 수업(원격수업포함) 등에서 파악된 내용을 자세하게 기재					
가정 생활	양육형태	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 편부 <input type="checkbox"/> 편모 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 시설거주 <input type="checkbox"/> 기타()					
	방과후 돌봄형태	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 혼자지냄(시까지) <input type="checkbox"/> 기관(종류:) <input type="checkbox"/> 방과후교실/특기적성교실(종류:) <input type="checkbox"/> 기타()					
심리 정서 및 행동	심 리 정 서	<input type="checkbox"/> 우울/불안 <input type="checkbox"/> 과잉행동/주의력결핍 <input type="checkbox"/> 사회성부족 <input type="checkbox"/> 소극적 성격 <input type="checkbox"/> 또래관계 어려움 <input type="checkbox"/> 해당사항없음 <input type="checkbox"/> 기타()					
	문 제 행 동	<input type="checkbox"/> 폭력(피해, 가해) <input type="checkbox"/> 인터넷/게임중독 <input type="checkbox"/> 집단따돌림(피해, 가해) <input type="checkbox"/> 음주/흡연 <input type="checkbox"/> 도박 <input type="checkbox"/> 해당사항없음 <input type="checkbox"/> 기타()					
기타 상담에 필요한 내용							

20 년 우 리

답 당 교 사: (서명)

확인자(교감): (서명)

학습종합클리닉 시흥거점센터

개인정보 제공 및 참여 동의서

1. 개인정보 제공동의

개인정보보호법(개정 2014.3.24, 법률 제12504호)에 의거하여 개인정보를 수집·이용·제공함에 있어 아래와 같이 동의를 받고 있습니다.

1) 수집하는 개인정보 항목

- 가. 성명, 나이(생년월일), 가족사항, 연락처, 주소지
- 나. 상담 중 호소문제로 상담에 필수적인 사항(예 : 학업/진로, 인터넷 게임중독, 가족관계 등)

2) 개인정보 수집 · 이용목적

- 가. 효과적 상담서비스 제공 및 위기상황 개입(예 : 재상담 요청 시 참고, 위기상황 발생 시 연락 등)
- 나. 본 센터의 상담실적 관련 공적업무 산출시 사용(개인의 인적사항은 삭제 됨)

3) 개인정보의 보유 및 이용기간

- 가. 보유기간: 3년
- 나. 보유이유: 향후 재상담 요청 시 효과적 상담진행 및 내담자 편의제공 위함
- 다. 보유기간 이후 개인정보를 파기함

4) 개인정보의 제3자 제공

원칙적으로 개인정보는 본 동의서의 제1항 내지 제3항에 명시한 범위 내에서 처리, 개인정보제공자의 사전 동의 없이 본래 범위를 초과하여 처리하거나 제3자에게 제공하지 않습니다. 단, 다음 각 호의 경우 개인정보제공자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 때를 제외하고 개인정보를 목적 외 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공할 수 있습니다.

- 가. 사전에 제3자 제공 및 공개에 동의한 경우
- 나. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
- 다. 통계작성, 학술연구, 보고서 등의 목적을 위해 필요한 경우, 특정 개인을 알아볼 수 없는 형태로 개인정보를 제공하는 경우

2. 학습종합클리닉센터 시흥거점센터 참여 동의

- 1) 학습상담 일정에 변동이 발생할 때는 적어도 하루 전에 상담자에게 미리 알린다. (학교행사, 결석 등)
- 2) 일정 변동을 미리 알리지 않았을 경우 상담을 종결할 수 있으며, 추후 센터 참여에 불이익을 받을 수 있다.
- 3) 학습상담내용은 학습종합클리닉센터의 운영과 관련하여 공개할 수 있다.

본인은 위 내용에 대한 설명을 듣고 이해하였으며 위 내용에 동의합니다. (※ 만14세 미만인 경우 법정대리인의 동의 필요)

20 년 월 일

대 상 학 생: (서명)

보 호 자: (서명)

학습종합클리닉 시흥거점센터