

교육심리상담센터

지점

이름 및 성: 생년월일

거주지 주소, 우편번호: 전화 번호

학생 반:, 학교 도시

“기밀사항”

학부모 안내문

학부모님, 성년 의뢰인 여러분께,

귀하의 자녀는 저희 시설에서 전문 상담 치료를 받게 됩니다. 이를 위해서도 여러분의 협조가 필요합니다. 다음 설문지를 신중하고 진실되게 작성해 주시기 바랍니다. 모든 항목에 대해서 설문지를 작성하십시오.

표시된 답변의 경우 하기 표기로 충분합니다.

a) 해당 항목에 밑줄 긋기.

b) 정답 옆의 칸에 체크 표시하기.

당 센터는 귀하로부터 습득된 정보를 내부 목적만을 위해 사용하며, 완전히 기밀로 간주합니다. 그 내용은 유럽 의회 및 이사회의 규정 제2016/679호(이하 “규정”이라 함)에 따라 보호됩니다.

검사의 경우, 학교 상담 시설은 개정 교육법, 법률 제82/2015호 §16, 16a의 3항 및 4항, §17, §28, §116, 개정 법령 제27/2016호 §11, §12, §13, §14, §15에 따라 진행됩니다.

결과서 및 권고사항은 상담을 받는 분에게 제공됩니다. 결과서 및 권고사항 교부 시 동 내용을 법정대리인 또는 성년 의뢰인에게 고지합니다.

법령 제72/2005호, 이후 개정된 법령 제197호, 이후 개정된 법령 제27/2016호에 따른 법정대리인/성년 의뢰인에 대한 고지 사항입니다:

1. 상담시설의 전문직원은 법정대리인 또는 성년 의뢰인의 동의를 얻어 상담적, 교정적, 체계적 또는 치료적 치료를 제공하고 다른 전문기관과의 협력을 권고합니다. 필요한 경우 어린이 및 학생은 심리학자(예: 지적 능력, 지식, 기술, 학습 스타일, 성격 특성, 미래 직업 선택의 적절성 모니터링)와 특별 교육자(특히, 수준 읽기, 쓰기 및 수학 능력)의 진단을 받게 됩니다.

2. 필요한 유형의 상담 치료에 따라 약 1~5시간이 소요됩니다(어려움의 특성에 따라 심리 또는 특수 교육학적 검사만 실시하거나 심리 및 특수 교육학적 검사를 모두 실시할 수 있음).

3. 상담 치료의 목표는 해당 치료의 이유가 되는 어려움이 완화되거나 사라지는 데에 도움이 되도록 답하는 것입니다. 상담 진료 결과에 따라 상담 직원은 적절한 시정 절차 또는 결과 지원 조치를 권고합니다.

4. 권고사항을 준수하지 않거나 지연되는 경우 발생할 수 있는 **위험**에 주의를 기울일 필요가 있습니다. 제공된 서비스는 특히 전문가의 조사결과가 의뢰인 또는 법정대리인의 기대에 어긋나는 경우 또는 전문가가 범죄 행위가 진행 또는 준비 중임을 신뢰할 수 있는 방식으로 알게 된 경우 의뢰인에게 불이익을 줄 수 있습니다(소위 보고 의무).

5. **어려움의 원인과 성격이 밝혀진 후 제공되는 컨설팅 서비스와 의뢰인의 추가 교육 또는 훈련에 적합한 방법에 대한 후속 권고와 함께 제공되는 혜택을 기대할 수 있습니다.** 전문 직원의 관리는 의뢰인의 문제 징후를 완화하거나 제거하는 데 도움이 될 수도 있습니다.

6. 상담 치료를 제공하기 전에 법정대리인 또는 성년 의뢰인은 상담 서비스 제공 기간에 유효한 상담 치료 조항에 대한 사전 동의서에 서명합니다. 제공된 서비스에 대한 문서는 의뢰인이 자신의 권리에 피해를 보지 않고 개인 및 사적인 생활에 대한 무단 침해로부터 보호되도록 처리됩니다.

7. 학부모는 언제든지 상담 서비스 제공을 다시 요청할 수 있는 권리, 교육법 §16a의 5항에 따른 청문 권리, 교육법 §16b에 따라 검토를 요청할 수 있는 권리, 교육법 §174의 5항에 따라 체코 학교 감사관에게 시정 요구서를 제출할 권리가 있습니다.

8. 상담 결과가 진단인 경우 전문가는 개정된 법령 제27/2016호에 따라 결과서 및 권고사항을 작성합니다.

9. 연락처, 처리 목적 및 법적 근거와 개인정보 보호 영역에 대한 귀하의 권리에 대한 정보는 상담시설의 웹사이트 (<http://www.pepor-plzen.cz/>)에 제공됩니다.

처리된 개인 데이터의 범주는.....교육심리상담센터 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

참석이 어려우신 경우 다른 이해관계자를 초청할 수 있도록 적절한 사전 통지를 당부 드립니다.

후속 치료일은 항상 권고사항에 표시됩니다.

협조에 감사드립니다.

(장소/도시).....,20.....

교육심리상담센터장 _

약력 고지

아버지: 이름, 성:

전화번호: 이메일:

어머니: 이름, 성:

전화번호: 이메일:

가족의 다른 구성원에게도 건강, 교육 또는 훈육에 어려움이 있습니까?

.....
.....
.....

집에서 어떤 언어를 사용하십니까?

완전한 가족¹: 예 - 아니오

아이 양육: 어머니 - 아버지 - 다른 사람

공유 양육: 예 - 아니요

위탁 양육: 예 - 아니오

계부모, 위탁부모:

이름, 성:

전화번호: 이메일:

임신은 정상적 - 위험했습니까? 어머니에게 임신 중 어려움이 있었습니까? 아니오 - 예
(‘예’의 경우) 어머니는 임신 중 어떤 어려움을 겪으셨습니까? (구토, 출혈, 메스꺼움, 질병 - 어떤 어려움이 임신
몇 번째 달에)

.....

아이는 만삭 - 조산 - 과숙으로개월 짜에 태어났습니다.

출산은 정상이었습니다. - (어떤) 문제가 있었습니다.

(문제 유형)

¹ 양친 부모와 아이가 함께 사는 가족

가족 중에 왼손잡이가 있습니까/있었습니까? 예 - 아니오 ('예'의 경우) 누구입니까?

아이의 특징에 체크하십시오:

두통	눈에 띄는 활력 장애	어수선했음	신경질
수면 장애	불안	걱정, 불확실성	불순종
섭식 장애	분노 폭발	물건 파괴	속임, 거짓말
언어 장애	반항, 말대꾸	공격성, 싸움	말더듬
손 작업이 서투름	느림, 피로	소리 발음의 어려움	소심함, 수줍음
서투름	집중력 부족	부정확한 문장 구성	무단 결석
아이들로부터 소외	충돌 야기	부정확한 격변화/문법 사용	좀도둑질
우스꽝스러운 행동	대인관계 설정에 소극적	어휘력 부족	성적 장애

감각기관 장애가 있습니까? 근시, 청력 상실,

유치원에 다녔습니까/다닙니다: 예-아니오 ('예'의 경우) 시작 연령

입학 연기를 했습니까? 예 - 아니오

('예'의 경우) 해당 연도:

입학 예비반에 다녔습니까? 예 - 아니오

아동이 이미 심리 또는 특수 교육학적 검사를 받았습니까? 예 - 아니오

('예'의 경우) 언제 어디서 받았습니까?

II. 상담시설을 찾은 이유

방문 이유는 무엇입니까:

제안자: 부모 - 학교 관계자 - 기타 (누구)

가정에서의 어린이 또는 학생의 문제를 설명하십시오.

.....

.....

.....

학교/학교 시설에서의 어린이 또는 학생의 문제를 설명하십시오.

.....

.....

(장소/도시) (날짜).....

.....

서명

기타 정보: