

Referral to School Counsellor/School Psychologist
From Learning and Support Team

학교 상담사/학교 심리학자에게 의뢰
학습 및 지원 팀

개인 정보 보호 고지: 이 정보를 수집하는 이유는 학교 상담 직원이 자녀를 지원하는 데 도움이 되도록 하기 위한 것입니다. 이 정보의 제공은 자발적인 것입니다. 이 정보는 안전하게 보관될 것입니다. 수집된 정보와 평가 결과는 적절한 경우 자녀 지원에 관련된 다른 교직원에게 제공될 수도 있습니다. 제공된 개인 정보는 학교 상담 직원에게 연락하여 언제든지 수정할 수 있습니다.

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 학교에 문의하십시오. 학교에 연락하기 위해 통역사의 도움이 필요한 경우 131 450으로 전화하여 원하는 언어를 알려주시고 오퍼레이터에게 학교에 전화하도록 요청하십시오. 오퍼레이터는 통역사를 전화상으로 주선하여 귀하의 대화를 도와드릴 것입니다. 이 서비스에 대한 요금은 귀하에게 청구되지 않습니다.

Name of student 학생 이름

Name of school 학교명

Date of birth 생년월일

Date of referral 의뢰 날짜

부모 또는 보호자는 아래 정보를 영어로 작성하셔야 합니다 - 공간이 부족한 경우 페이지를 추가하십시오.
의뢰 사유/부모의 우려사항 Reason for referral/parent's concerns

발달 과정/병력 Developmental/medical history
예를 들어, 자녀의 말, 언어 또는 운동 발달에 대한 우려사항이 있습니까? 자녀에게 심각한 질병이 있었습니까?

이전 평가 Previous assessments
예: 의사, 심리학자, 언어 치료사 (평가를 제공한 사람을 알려주시고 가능한 경우 보고서를 첨부하십시오.)

추가 정보 More information
학교 상담사/학교 심리학자가 알았으면 좋겠다고 생각하시는 것이 있습니까?

학교 상담사/학교 심리학자가 자녀를 본 결과 어떤 일이 일어나기를 바라십니까?
What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

본인은 개인 정보 보호 고지를 읽었고 학교 상담사/학교 심리학자에게 다음을 수행할 수 있는 권한을 부여합니다.

필요에 따라 평가 및 상담 수행 Carry out assessment and counselling as required	예 Yes	아니요 No	
내가 제공한 보고서의 작성자에게 연락 Contact the authors of the reports I have provided	예 Yes	아니요 No	보고서 출처 Reports from
이들 기관과 정보 교환 Exchange information with these agencies	예 Yes	아니요 No	
부모/보호자의 서명 Signature of parent/carer			날짜 Date