

제3자 개인정보 제공 동의서

[제공하는 개인정보의 항목]

학교는 아래와 같은 내용으로 개인정보를 교육지원청에 제공하고자 합니다.

- 성명, 학교명, 학년 반, 성별, 생년월일, 연락처, 추천 의견, 치료비 지급 계좌 정보, 가구 소득기준 등

[개인정보 제공 목적]

학교는 다음과 같은 이유로 개인정보를 제공합니다.

- 학생 진료·치료비 지원 및 정신건강 문제 사후관리를 위해 교육지원청에 관련 학생의 성명, 학교명, 학년 반, 성별, 생년월일, 연락처, 추천 의견, 치료비 지급 계좌 정보, 가구 소득기준 등이 제공될 수 있습니다.

[개인정보 보유기간]

- 수집된 개인정보의 보유기간은 마음바우처 신청 연도로부터 1년간입니다.

(다만, 개인정보 처리목적 달성하였을 때에는 개인정보를 파기함)

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단, 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

※ 개인정보는 정보주체의 동의없이 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다.

학생 성명 : (인)

학생 연락처 :

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

2025년 월 일

보호자(법정대리인) 성명 : (인)

보호자(법정대리인) 연락처 :

학생과의 관계 :

담당자	성명	학생과의 관계	<input type="checkbox"/> 담임	<input type="checkbox"/> 학생부장
			<input type="checkbox"/> 위(Wee)클래스	<input type="checkbox"/> 기타()
	연락처	(학교)	(개인)	

개인정보수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서

학생 마음바우처 지원과 관련하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집 · 이용 및 제3자(병 · 의원 및 전문상담기관)에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

□ 개인정보 수집 및 이용 동의

항목	목적	보유 및 이용기간
성명, 소속, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 기존상담이력	학생 마음바우처 지원과 관련하여 심리상담을 제공하는데 있어 필요한 상담 안내 연락, 심리상담 실시	심리상담 및 사후관리 완료 후 폐기

※ 위의 개인정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 심리상담 진행이 불가능할 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

□ 민감 정보 수집 및 이용

항목	목적	보유 및 이용기간
상담(자문) 및 치료 경험 여부, 약물 복용 여부, 상담(자문) 및 치료 기간	· 추후 상담 계획 마련 · 상담 실시 여부 확인 및 상담 품질향상	상담종료 1년 내 폐기

※ 위의 민감정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 심리상담 진행이 불가능할 수 있습니다.

위와 같이 민감정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

□ 개인정보의 제3자 제공 내역

제공받는 기관	항목	제공받는 목적	제공받는 자의 보유 및 이용기간
위(Wee)센터 상담 및 치료 협력기관	성명, 소속, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 기존상담이력, 추천의견	· 심리상담 및 치료 실시	상담종료 후 1년 내 폐기

※ 위의 개인정보의 제 3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 심리상담 진행이 불가능할 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

2025년 월 일

본인: (서명)

보호자: (서명)

※ 「개인정보보호법」에 의하여 만 14세 미만의 아동으로부터 개인정보 수집동의를 받으려면 보호자(법정대리인)의 동의를 받아야 합니다. 법정대리인의 개인정보는 만14세 아동과의 관계를 확인하는 이외의 용도로는 사용되지 않습니다.

학교장 추천서

신청 학생	성 명	○○○		
	소 속	○○학교 ○학년 ○반	성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	주 소			
	연 락 처	☎ (학생) 010-0000-0000, ☎ (보호자) 성명, 010-0000-0000		
	상담·치료 경험 유무	<input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 있다(<input type="checkbox"/> 상담기관 <input type="checkbox"/> 병원)	약물복용 여부	<input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 있다
	상담·치료 기간	년 월 ~ 년 월 총 ()년 ()개월, ()회기		
추천 의견	학생 상태 및 학교장 추천 사유	- 평소 학생의 학교생활, 교우관계, 가족관계 등 관찰 내용을 중심으로 자세히 작성 - 학생이 현재 가장 크게 겪고 있는 어려움 및 문제 행동 - 신청하게 된 결정적 계기 등		
	치료 계획	- 치료 계획 최대한 구체적 작성 (지원받는 치료비 활용 계획, 기대되는 효과 등 포함)		
	기타 의견	- 학생의 가정경제 여건 및 특이사항 작성		

위 학생을 상기와 같이 치료지원 대상자로 추천합니다.

2025년 월 일

_____ 학교장 (직인)

정신건강전문가 추천서

신청 학생	성 명	○○○
	소 속	○○학교 ○학년 ○반 ○번
	주 소	
	연 락 처	☎ (학생) 010-0000-0000, ☎ (보호자) 성명, 010-0000-0000
추천 의견	학생 상태	학생 관찰 내용을 중심으로 작성
	치료 계획	치료 계획 최대한 구체적 작성 (지원받는 치료비 활용 계획, 기대되는 효과 등 포함)
	기타 의견	

위 학생을 상기와 같이 치료지원 대상자로 추천합니다.

2025년 월 일

기관명:

담당 정신건강전문가 성명:

(인)

()월 심리 상담비 내역서

기관명 :

관리번호	2025-	학생성명		성별	
생년월일					
치료 기간	2025년 월 일 ~ 월 일	실시 회기수	회		
담당자 성명		치료구분	예) 개인상담, 놀이치료 등		

상담내역		
순	일시(회기)	금액(원)
1	1회가: 2025. 3. 20. 15:00~15:50	
2		
3		
4		
5		
6		
총 액		

위 학생에 대한 심리 상담·치료 내역을 송부합니다.

2025. . .

담당자 성명 : (서명)

00지원청 귀하