

학생 전학 요청 추가 사항
학생 건강 정보

파트 I: 학부모/보호자가 작성하기 바랍니다	
학생 이름:	전학을 요청한 학년도:
학생 주소:	
배정된 학교:	요청 학교:
파트 II: 의사, 면허가 있는 임상 심리학자 또는 정신과 의사가 작성하기 바랍니다	
<p>상기 학생은 신체적 또는 심리적 이유에 근거하여 학교 전학을 요청하였습니다. 학생에게 적용될 수 있도록 하단의 질문에 충분하고 자세한 내용을 제공함으로써 직원에게 도움을 주기 바랍니다. 의학적으로 관련된 전학은 전학 요청 시에 이 양식을 동반하지 않으면 고려되지 않습니다.</p>	
추천의 근본 사유:	추천 일자:
<p>현재 진단 내용 (정신장애진단통계매뉴얼 (DSM) 또는 최신절차용어 (CPT) 코드가 적용되는 진단을 사용하기 바랍니다):</p>	
<p>치료 계획 및 예후</p>	
<p>상기 요청한 학교로의 전학은 학생을 어떻게 도울 수 있으며 귀하는 치료 목표를 위해 어떻게 협력할 수 있는지요?</p>	
<p>이 양식을 작성한 전문 의료인 이름:</p>	
<p>주소:</p>	
전화번호:	팩스번호:
서명	날짜:
<p>학부모는 학생 서비스 사무처 직원과 논의할 수 있도록 정보 공개 양식에 서명하였는지요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	