

# 2023학년도 건강장애학생 교육지원 계획(안)

교육과정국 특수교육과

## I 근 거

1. 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제3조(의무교육 등), 제15조(특수교육대상자의 선정), 「초·중등교육법」 제28조(학습부진아 등에 대한 교육), 동법 시행령 제48조(수업운영방법 등)
2. 2023 교육부 특수교육 운영계획
3. 「경기도교육청 건강장애학생 교육지원 조례」
4. 2023 경기 특수교육 정책 추진 기본계획

## II 목 적

1. 만성질환 치료로 인해 학업 중단 위기에 있는 건강장애학생의 학업 연속성 유지 및 학습권 보장
2. 개별화된 학습지원, 심리·정서적 지원 등을 통해 학교생활적응 도모 및 성공적인 학교 복귀 지원

## III 방 침

1. 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등이 필요한 건강장애학생의 학업 연속성 유지 및 학습권 보장을 위하여 원격수업\*, 병원학교\*\*, 순회교육을 통한 교육 제공

\*원격수업 위탁기관

- 스쿨포유(한국교육개발원): 요보호학생은 스쿨포유로 신청 가능
- 꿈사랑학교

**\*\*경기도교육청 병원학교 설치 현황**

| 병원학교명                     | 운영교      | 학급수 | 질환  |              | 비고              |
|---------------------------|----------|-----|-----|--------------|-----------------|
|                           |          |     | 학생수 |              |                 |
| 국립암센터<br>부속병원<br>(고양시)    | 풍산초병설유치원 | 1   | 2   | 혈액·종양(소아암) 등 | 건강장애            |
|                           | 풍산초등학교   | 1   | 6   | 혈액·종양(소아암) 등 |                 |
| 파주시티<br>재활요양병원<br>(파주시)   | 자운학교(유)  | 1   | 4   | 소아재활         | 중도중복            |
|                           | 자운학교(초)  | 1   | 3   | 소아재활         |                 |
| 국민건강보험공단<br>일산병원<br>(고양시) | 금계초병설유치원 | 1   | 4   | 소아재활         | 중도중복            |
|                           | 금계초등학교   | 1   | 4   | 소아재활         |                 |
| 한서중앙병원<br>(의정부시)          | 송민학교(초)  | 1   | 4   | 정신건강의학       | 중도중복<br>(정서·심리) |
|                           | 송민학교(중고) | 1   | 4   | 정신건강의학       |                 |
| 고려대안산병원<br>(안산시)          | 고잔초등학교   | 1   | 3   | 혈액·종양(소아암) 등 | 건강장애            |

2. 건강장애 선정 절차를 거쳐 원격수업을 이용할 수 있으며, 선정 절차 과정 중에도 교육(지원)청에서 필요하다고 허가한 경우 선 교육 지원 가능

※ 특수교육대상자 심사에서 건강장애 미선정 시 요보호학생으로 변경될 수 있음

3. 학생(또는 학부모)의 희망에 따라 원격수업 교육기관을 선택하여 신청서 제출

☐ (초·중·고등학생) 스쿨포유(한국교육개발원), 꿈사랑학교 위탁 운영

※ 2023. 3. 1.부터 스쿨포유와 꿈사랑학교 모두 신청 가능

☐ (스쿨포유) 출석현황은 해당학교 관리교사가 원격수업 홈페이지에서 직접 확인

☐ (꿈사랑학교) 당월 출석현황을 익월 초 업무관리시스템으로 소속학교에 통보

※꿈사랑학교 홈페이지에 원격학교 교사로 가입 시 학생 출결사항 수시로 확인 가능

4. 건강장애학생의 특성을 고려하여 병원학교와 원격수업을 병행하여 이용 가능

5. 건강장애학생의 원활한 학교복귀를 위하여 원격수업과 학교출석을 일정기간 병행할 수 있음

6. 원격수업은 1년 단위로 지원하며 학년 진급시 재신청함

7. 의정부특수교육지원센터를 거점센터로 지정하며 건강장애학생의 체계적 지원을 위하여 자체 별도 계획을 수립 및 운영

## 1. 지원대상

- 가. (건강장애학생) 특수교육대상학생으로 ①만성질환으로 인하여 ②연간 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등 지속적인 의료적 지원이 필요하여 ③학교생활 및 학업 수행에 어려움이 있는 학생
- 나. (요보호대상자) 화상, 교통사고 등의 심각한 외상적 부상으로 불가피하게 장기결석(3개월 이상)이 예상되는 학생(※특수교육대상학생 아님)
- 다. 공통교육과정 이수가 가능한 특수교육대상자 중 만성질환으로 장기결석이 불가피하여 원격수업 수강을 교육청이 허가한 경우

## ● Tip 건강장애학생 선정

- 병명에 따른 선정이 아니라 위의 3가지 조건을 모두 갖춘 경우에 특수교육 운영위원회에서 개별학생의 의료적 진단 및 교육적 진단을 고려하여 선정
- 만성질환으로 관리가 필요하나 학교에 정상적으로 출석이 가능하고, 특수교육 지원이 요구되지 않는 경우에는 건강장애 특수교육대상자가 아님 (ADHD, 우울증, 조현병 등 정신질환은 해당되지 않음)
- 선정 후 상급학교 진학 시 특수교육운영위원회에서 심사하여 재선정

## 2. 원격수업 기관 학사 운영 기간: 2023. 3. ~ 2024. 2.

가. 한국교육개발원 스쿨포유(196일)

- 1학기: 2023. 3. 1.(수) ~ 2023. 7. 23.(일)
- 2학기: 2023. 8. 21.(월) ~ 2024. 1. 14.(일)

나. 꿈사랑학교 원격수업(194일)

- 1학기: 2023. 3. 1.(수) ~ 2023. 7. 23.(일)
- 2학기: 2023. 8. 14.(월) ~ 2024. 1. 12.(목)

### 3. 원격수업 신청 방법

#### 가. 중입, 고입 특수교육대상자 건강장애학생으로 선정·배치된 경우

※ 학교급이 달라진 경우(초→중, 중→고)에는 신규 신청으로 간주

- 절차: 초, 중, 고등학교 내부결재(위탁교육학생) ⇒ 교육지원청으로 공문 제출 ⇒ 경기도교육청 특수교육과 업무관리시스템으로 공문 제출

#### 나. 기존 이용 학생으로 같은 과정 내 학년만 진급한 경우

※ 스쿨포유와 꿈사랑학교 중 1기관 선택하여 입교 신청서 작성

- 제출서류: 공통 + 해당 위탁기관 신청 서류

· 공통: 【붙임2】 원격수업 이용학생 명단(한셀파일), **2022학년도 원격수업 기관 출결확인서**

※ 2022학년도 학교 출석일수가 학년 진급일수에 충족할 경우 최소 권장

※ 향후 원격수업이 필요한 경우 상시 신청 가능함을 보호자에게 안내

#### 2023학년도 원격수업 이용 학생 명단

| 번호 | 지역명 | 소속학교 | 학교급 | 학년 | 반 | 학생명 | 건강장애선정여부 | 병명 | 보호자 |     | 담당교사 |     | 원격수업신청기관<br>(스쿨포유/꿈사랑) | 비고<br>(신규/재신청) |
|----|-----|------|-----|----|---|-----|----------|----|-----|-----|------|-----|------------------------|----------------|
|    |     |      |     |    |   |     |          |    | 이름  | 연락처 | 이름   | 연락처 |                        |                |
| 1  |     |      |     |    |   |     |          |    |     |     |      |     |                        |                |

- 스쿨포유: 【서식5】 한국교육개발원 스쿨포유 원격수업 입교 신청서 (스캔본 제출, 원본은 학교 보관), 【서식6】 개인정보 수집·이용동의서(내부결재 후 학교보관)
- 꿈사랑학교: 【서식10】 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서(스캔본 제출, 원본 학교 보관), 【서식11】 개인정보 수집·이용 동의서(내부결재 후 학교 보관)

## 다. 건강장애 특수교육대상자 신규 신청

### - 절차

| 순 | 내용                                 | 방법                                                           | 처리 기관 |
|---|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|
| 1 | 건강장애 · 위탁교육학생<br>내부 기안             | 내부결재                                                         | 소속학교  |
| 2 | 건강장애 · 위탁교육신청<br>공문 발송             | 업무관리시스템 제출<br>수신처<br>초 · 중: 교육지원청<br>고: 교육지원청, 경기도교육청(특수교육과) | 소속학교  |
| 3 | 진단평가 및<br>특수교육운영위원회 심사             | 건강장애 진단평가 · 선정배치 심사                                          | 교육지원청 |
| 4 | 위탁교육 신청 공문 발송<br>(고등학교 진단평가<br>결과) | 업무관리시스템 제출<br>수신처: 도교육청 특수교육과                                | 교육지원청 |
| 5 | (고)특수교육운영위원회                       | (고)건강장애 선정배치 심사                                              | 도교육청  |

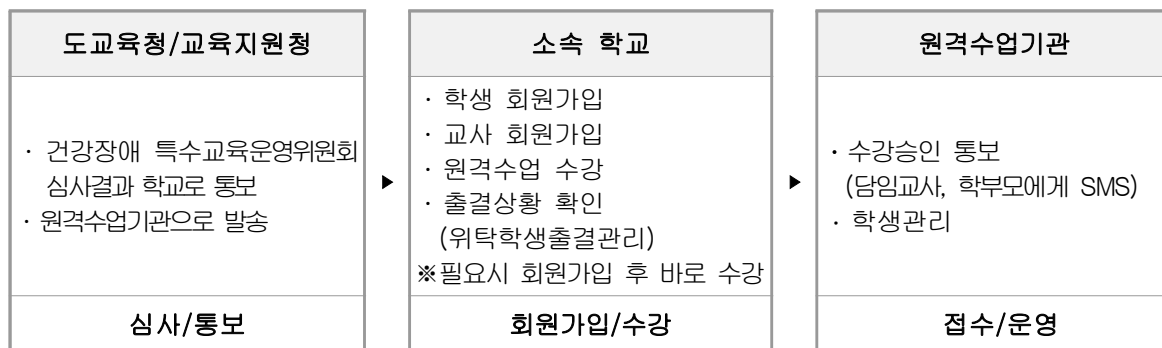
### - 제출서류: 공통 + 해당 위탁기관 신청 서류

- **공통:** 【붙임2】 원격수업 이용학생 명단(한셀파일), 【서식1】 특수교육 대상자 진단평가 의뢰서, 【서식2】 기초조사카드, 【서식3】 담임 교사(보호자)의견서(필요시 제출), **학교생활기록부사본(출결확인용)**, **의사진단서(3개월 이내)**, **입원확인서** 등
- **스쿨포유:** 【서식5】 한국교육개발원 스쿨포유 원격수업 입교 신청서 (스캔본 제출, 원본 학교 보관) 【서식6】 개인정보 수집 · 이용 동의서(내부결재 후 학교보관)
- **꿈사랑학교:** 【서식10】 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서(스캔본 제출, 원본 학교 보관), 【서식11】 개인정보 수집 · 이용 동의서(내부결재 후 학교 보관)

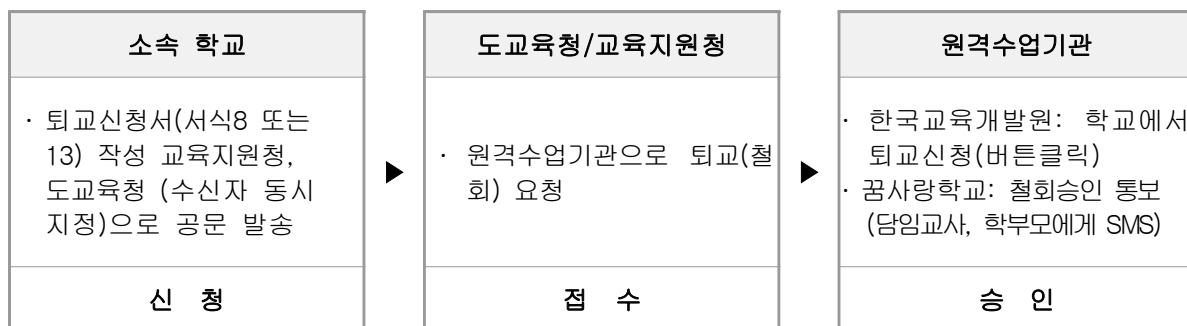
## 라. 신규 요보호대상자

- 절차: 초, 중, 고 ⇒ 교육지원청 ⇒ 경기도교육청 특수교육과로 공문 제출
- 제출서류
  - **공통:** 【붙임2】 원격수업 이용학생 명단(한셀파일), 【서식3】 담임교사 (보호자)의견서(필요시 제출), **학교생활기록부사본(출결확인용)**, **의사진단서(3개월 이내)**, **입원확인서** 등

#### 4. 원격수업 신규 신청 절차



#### 5. 원격수업 퇴교(철회) 신청 절차



#### 6. 세부 추진 일정

| 내용                    | 추진 예정일                                           | 방법 및 절차                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 건강장애<br>교육지원 계획<br>안내 | 2023. 2월                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 공문(도교육청→교육지원청)</li> <li>· 경기도교육청 홈페이지 특수교육과 자료실 탑재</li> </ul>                                                                                                                                                                              |
| 대상자<br>신청·접수          | 2023. 2. 9.(목) ~<br>2. 17.(금)<br>※ 이후에도 수시 신청 가능 | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 업무관리시스템</li> <li>1) 기존 대상자 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 초,중,고⇒교육지원청</li> </ul> </li> <li>2) 신규 신청자 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 초,중⇒교육지원청</li> <li>· 고⇒교육지원청, 도교육청</li> </ul> </li> <li>※ 자세한 사항은 4쪽 참고</li> </ul> |
| 서류제출                  | 2023. 2. 20.(월) ~<br>2. 24.(금)                   | 교육지원청⇒도교육청 특수교육과                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 원격수업<br>위탁의뢰          | 2023. 2. 27.(월)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 공문 발송(도교육청⇒스쿨포유)</li> <li>· 공문 발송(도교육청⇒꿈사랑학교)</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| 원격수업 수강               | 스쿨포유: 2023. 3. 6.~<br>꿈사랑학교: 2023. 3. 6.~        | 원격수업 수강<br>- 스쿨포유(2024. 1. 14.)까지<br>- 꿈사랑학교(2024. 1. 12.)까지                                                                                                                                                                                                                        |

## 7. 문의사항

- 신청 문의: 해당 교육지원청 특수교육지원센터
- 스쿨포유 초·중등과정 운영 문의: 043)530-9731
- 꿈사랑학교 운영 문의: 055)266-4416

1. 위탁운영기관: 한국교육개발원 스쿨포유, (사)더불어하나회 꿈사랑학교

## 2. 개설학년

가. 스쿨포유: 초, 중, 고 12개 학년

나. 꿈사랑학교: 초, 중, 고 12개 학년

## 3. 학적관리

가. 학적: 학생 소속 학교

나. 출결관리: 위탁학생 출결관리

1) 스쿨포유: 담임교사가 홈페이지에서 출석현황 확인하여 NEIS에 반영

2) 꿈사랑학교: 익월 10일경 출석현황을 교육지원청에서 소속학교에 통보

※ 학생이 학교출석한 경우 학교출석일에 담임교사 위탁기관 출석 확인하여 출석 인정

- 스쿨포유 출결 인정: 동영상 강의 1회차 1일 출석 인정

화상수업(당일출석) 1회차 1일 출석 인정

- 꿈사랑학교 출결 인정: 초등학생 1일 1과목(교시) 이상 수강 시 인정

중·고등학생 1일 2과목(교시) 이상 수강 시 인정

다. 건강장애학생의 개별화교육계획 수립

- 대상: 건강장애로 선정된 특수교육대상자

※ 학생별로 개별화교육지원팀 구성(내부결재), 개별화교육계획 작성(내부결재)

※ 위탁교육기관에서 작성한 계획을 참고하여 소속교에서 개별화교육계획 작성

※ 요보호학생 작성하지 않음

- 작성 시기: 매 학기 초 또는 등록 시, 학습결과는 매 학기말 작성

- 개별화교육계획 서식: 키세넷 자료실 탑재 활용

라. 요보호학생 수강 기간: 치료기간을 원칙으로 함(완치 후 철회 신청)

#### 4. 성적관리

- 가. ‘2022년 학업성적관리시행지침’ 참고
- 나. 학적은 소속학교에 두고 성적 및 평가는 소속 학교 학업성적관리위원회의 결정에 따라 처리
- 다. 출결은 반드시 확인해야 하며, 위탁교육기관의 출결확인서에 따름
- 라. 평가는 수행평가, 지필평가 등 평가 당일 소속학교에 출석함을 원칙으로 하며, 부득이한 경우 소속 학교 학업성적관리위원회의 결정에 따름

#### 5. 학교 협조사항

- 가. 건강장애학생 교육지원계획을 소속 교원 전체 교사 열람 및 안내하여 건강장애학생 및 요보호학생 발생 시 학생의 교육권 보장
- 나. 학생의 건강장애상태와 다음 학년 학교복귀 여부, 재신청 등을 위하여 학교에서는 학생, 학부모에게 반드시 연락(2월중)
- 다. 소속학교는 학생의 학교 복귀를 대비하여 책걸상 등(교과서 배부) 준비
- 라. 학생의 건강 회복 정도나 통원치료 등으로 인해 수업에 완전히 참석하기 어려운 경우 원활한 학교 복귀를 위하여 일정기간 학교 출석과 원격수업을 병행할 수 있으며, 출결처리는 ‘경기도학업성적관리시행지침’에 따라 처리함
- 마. 「경기도교육청 건강장애학생 교육지원 조례」 제4조(학교장의 책무)
  - ① 건강장애학생의 소속 학교의 장(이하 “학교장”이라 한다)은 건강장애학생과 학부모에게 교육과정 편성 및 주요 행사 등 학교운영에 대한 정보를 제공하여야 한다.
  - ② 학교장은 건강장애학생이 소속 학교로 복귀하는 경우 학교생활과 학업수행에 어려움이 없도록 필요한 지원을 하여야 한다.
- 바. 건강장애학생이 각종 지원 사업에서 안내 또는 희망신청이 누락되지 않도록 유의(예시: Wee센터 심리치료 신청, 스마트기기 지원, 보조공학기기 및 지원인력 신청 등)
- 사. 특수교육 꿈이든카드 사용시, 가맹 기관이 아닌 일반 병·의원에서도 사용가능함을 보호자에게 안내(2023 특수교육 치료·방과후지원 계획 Q&A 참조)
- 아. 건강장애학생 또는 학부모와의 전화, 상담 등을 통해 학생 소속감 형성 및 소외감 예방
- 자. 건강장애학생과 학급 친구들과의 교류를 위한 프로그램 운영 노력
- 차. 스마트기기 보유 상태 파악하여 필요 요청시 우선 지원

## VI

## 원격수업 위탁기관별 운영 세부사항 안내

1. 한국교육개발원 스쿨포유 초·중등과정: 붙임3 참조
2. 더불어하나회 꿈사랑학교: 붙임4 참조

## VII

## 병원학교 교육과정 운영

### 1. 병원학교란?

병원학교란, 장기입원이나 통원치료로 인해 학교교육을 받을 수 없는 학생들을 위해 병원 내에 설치된 파견학급 형태의 학교. 현 병원학교는 교사 1인이 운영하는 학급형태이나 여러 학년의 학생이 함께 공부하기 때문에 병원학교로 통칭함.

### 2. 병원학교 목적

건강장애로 장기치료를 받고 있는 학생들에게 학업의 연속성 및 또래 관계를 유지시켜 학습 결손 및 출석 부담감을 최소화시켜 심리적·정서적 안정을 통해 치료의 시너지 효과를 높이는 것을 목적으로 함.

### 3. 병원학교 운영

#### 가. 운영방침

- 입교학생에 대한 교육계획 수립
- 효율적인 학사관리를 통한 출석 인정
- 또래 학생 및 교사 방문 활성화
- 통원치료 학생의 상담 지원
- 학업중심 교육과정과 심리·정서적 적응 지원

#### 나. 교육과정운영

- 학습활동
  - 교과활동: 병원학교의 운영 특성과 학생의 건강 상태 및 학습능력을 고려하여 주요 교과를 중심으로 다양한 교육방법을 통하여 개별학생의 요구에 따른 교육 제공

| 구분   | 공통교육과정                        |
|------|-------------------------------|
| 주요교과 | 국어, 수학, 사회, 과학, 영어, 창의적체험활동 등 |

- 창의적체험활동: 학생의 심리적 안정과 정서함양 도모, 사회성 증진을 위해 다양한 활동 실시

활동 예: 종이접기, 마술, 영화상영, 동화구연, 미술 치료, 놀이 치료 등

행사 예: 어린이날 행사, 체험학습, 그리기 대회, 독후감 대회 등

다. 학사관리

- 학습활동

- 학적: 소속(원적)학교

※병원학교의 수업은 위탁교육 형태로 진행

- 교육시수

| 구분          | 초등학교 과정 | 중·고등학교 과정 |
|-------------|---------|-----------|
| 1일 적정 수업 시수 | 1시간 이상  | 2시간 이상    |

- 출결 및 성적 처리

| 구분 | 병원학교                                                                                                                                                            | 원격수업                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 출결 | -병원학교 수업참여는 출석으로 인정<br>-학교장은 병원학교 출석확인서 확인을 통해 출석으로 인정                                                                                                          | -교육계획 기간 내에 원격수업 과정 이수자는 출석으로 인정<br>-학교장은 원격수업 출석확인서 확인을 통해 출석으로 인정 |
| 성적 | -병원학교 및 화상강의시스템을 이용하여 수업을 받는 건강장애학생은 소속학교 학업성적관리규정에 따라 성적처리<br>-평가는 해당일 소속학교로 출석하여 시험응시(원칙)<br>-출석 응시가 어려운 부득이한 사유가 있는 경우 소속학교 학업성적관리위원회의 결정에 따름(소속학교로 문의 및 협의) |                                                                     |

※ 인정근거 규정: 학교생활기록 작성 및 관리지침(교육부 훈령719호) 별지 제8호 출결상황관리

#### 4. 병원학교 입교 절차

##### 가. 소아청소년암 대상 병원학교

질병 발생·의료진 검진 및 진단 → 건강장애 선정·배치 신청 → 건강장애 선정 (소속 교육(지원)청 특수교육운영위원회) → 입교 신청서 및 공문 발송(소속학교 → 병원학교) → 병원학교에서 승인 및 소속학교로 통보 → 입교완료(출석인정) → 출석통보(병원학교 → 소속학교)

##### 나. 중도·중복장애학생 대상 병원학교

기존 특수교육대상자 중 병원 진료 및 입원 치료가 필요한 중도·중복장애 학생 → 해당병원에 내원하여 진료 및 입원 결정 → 보호자가 소속학교에 신청 (입원사실확인서 또는 치료기간이 명시된 진단서, 병원학교 입교 관련 서류) → 원적학교장 승인 후 입교 관련 서류를 포함하여 병원학교로 입교 신청 → 병원학교에서 승인 및 소속학교로 통보 → 병원학교 입교(위탁교육생, 출석인정) → 출석 통보(병원학교 → 소속학교)

## VIII

### 교육지원청 협조사항

#### 1. 건강장애학생 소속학교 담임교사 연수, 보호자 교육 강화

- 가. 건강장애학생의 원활한 학교복귀와 교과교육·심리적응지도, 병원학교 및 원격수업의 출결, 성적관리 등에 관한 건강장애학생 소속 담임교사 연수 연1회 이상 실시
- 나. 보건실, 도서실 등에 건강장애학생 이해 자료 상시 비치 점검(2016년 경기도교육청에서 전체 학교에 보급한 자료 활용, 「세 가지 이야기」)
- 다. 학교장, 교감, 보건교사 등 교육지원청 협의회 시 건강장애학생 원격수업 지원에 대한 안내
- 라. 건강장애학생 특수교육대상자로 선정되면 관련 지원 사항 학부모에게 안내

#### 2. 건강장애학생 학교복귀 프로그램 운영

- 가. 건강장애거점센터 학교복귀 프로그램 계획 수립
- 나. 학교복귀 프로그램 운영 시 건강장애학생의 소속학교 교원 및 또래 포함 운영
- 다. 학교적응력 신장 및 학업격차 최소화 등 건강장애학생의 안정적 학교 복귀를 위한 건강장애거점센터(의정부특수교육지원센터) 학교복귀 프로그램 운영 연계

### ■ 원격수업 운영 관련 서류

- 【서식1】 특수교육대상자 진단·평가 의뢰서
- 【서식2】 특수교육대상자 기초조사카드
- 【서식3】 담임교사(보호자) 의견서 양식
- 【서식4】 한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청 공문
- 【서식5】 한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청서
- 【서식6】 한국교육개발원 스쿨포유 개인정보 수집·이용 동의서(학교보관용)
- 【서식7】 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청 공문
- 【서식8】 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청서
- 【서식9】 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청 공문
- 【서식10】 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서
- 【서식11】 꿈사랑학교 원격수업 개인정보 수집·이용 동의서(학교보관용)
- 【서식12】 꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청 공문
- 【서식13】 꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청서
- 【서식14】 병원학교 입교 신청서(학부모 및 소속학교용)
- 【서식15】 병원학교 입교 개인정보 수집 및 이용 동의서
- 【서식16】 병원학교 입교학생 소속학교 학사 일정(소속학교용)
- 【서식17】 병원학교 퇴교신청서(학부모 및 병원학교용)
- 【서식18】 입교 대상자 명단(병원학교 운영용)
  
- 【참고1】 학교생활기록부 기재 요령 발췌

【서식1】 특수교육대상자 진단·평가 의뢰서 (작성 시 ‘파란글자’ 삭제 후 작성)

| 특수교육대상자 진단·평가 의뢰서                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |          |        |                     |                                            |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|--------|---------------------|--------------------------------------------|------|
| 특수<br>교육<br>대상<br>자                                                                                                                                                                                                                                                    | 성 명             |          | 성별     |                     | 생년월일                                       |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 장애유형<br>(특수교육법) | 건강장애     |        | 등록장애 및 정도<br>(복지카드) | 복지카드 소지자 작성, 복지카드<br>명시된 장애정식명칭 및 정도<br>작성 |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 주 소             | 도로명주소 기록 |        |                     | 확인자<br>(담당교사)                              |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 소속기관            |          |        | 학년                  |                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 배치 희망<br>학교     | 1희망      | 학교명 작성 | ( Km)               | 배치유형                                       | 일반학급 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 | 2희망      |        | ( Km)               | 배치유형                                       |      |
| 3희망                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |          | ( Km)  | 배치유형                |                                            |      |
| 보호<br>자                                                                                                                                                                                                                                                                | 성 명             |          |        | 대상자와의 관계            |                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 주 소             |          |        |                     |                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 연락처             |          |        |                     |                                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 진단·평가<br>의뢰 사유  |          |        |                     |                                            |      |
| <p>장애인 등에 대한 특수교육법 제14조제3항 및 같은 법 시행령 제9조제4항에 따라,<br/>위와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">학부모(보호자) (인)</p> <p style="text-align: right;">학교장 (인)</p> <p>초, 중학교: 00교육지원청교육장 귀하</p> <p>고등학교: 경기도교육감 귀하</p> |                 |          |        |                     |                                            |      |

【서식2】 특수교육대상자 기초조사카드 (작성 시 ‘파란글자’ 삭제 후 작성)

| 특수교육대상자 기초조사 카드                                                                                                                                                                                                                                  |                    |             |                         |                     |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------|---------------------|------|--|
| 특수교육대상자                                                                                                                                                                                                                                          | 성 명                |             | 성 별                     |                     | 생년월일 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 주 소                |             |                         |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 소속학교               | 00 학교(일반학급) |                         | 학년                  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 장애유형<br>(특수교육법)    | 건강장애        |                         | 등록장애 및 정도<br>(복지카드) |      |  |
| 기<br>초<br>자<br>료<br>내<br>용                                                                                                                                                                                                                       | 신체 발달<br>및<br>건강상태 |             | 신체적인 건강상태에 대해서 일반적으로 작성 |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 정서 및<br>행동 특성      |             |                         |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 학습<br>능력           | 언어          |                         |                     |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                    | 수리          |                         |                     |      |  |
| 기타 및<br>종합의견                                                                                                                                                                                                                                     |                    |             |                         |                     |      |  |
| <p>이 카드는 특수교육대상자로 선정·배치를 희망하는 학생의 담임교사가 작성.<br/> (단, 소속 교육기관이 없는 보호자가 신청하는 경우 직접 작성)</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">담임교사(보호자): (인)</p> <p>초, 중학교: 00교육지원청교육장 귀하</p> <p>고등학교: 경기도교육감 귀하</p> |                    |             |                         |                     |      |  |

【서식3】 담임교사(보호자)의견서 양식

| 담임교사(보호자) 의견서 |     |
|---------------|-----|
|               |     |
| 년 월 일         |     |
| 담임교사(보호자):    | (인) |
| 경기도교육감 귀하     |     |

【서식4】한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청 공문

○○○ 학교

수신자 ○○○○교육감(교육장)

(경유)

제 목 건강장애학생 선정 및 한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청

1. 「2023학년도 건강장애학생 원격수업 운영 계획 안내」(2022.00.00) 관련입니다.
2. 건강장애학생 선정 및 한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청을 위한 서류를 붙임과 같이 송부합니다.

| 이름 | 성별 | 생년월일 | 학교 | 학년/반 | 신청사유 | 구분                                                                                                           |
|----|----|------|----|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |    |      |      | <input type="checkbox"/> 스쿨포유 입교<br><input type="checkbox"/> 병원학교 병행<br><input type="checkbox"/> 타 원격수업기관 병행 |

※ 병행: 병원학교, 화상교육기관에 소속된 학생이 원격수업 교과콘텐츠를 이용하고자 하는 경우

※ 스쿨포유 입교, 병원학교 병행, 타 원격수업기관 병행 중 한 가지만 기재해 공문 발송

붙임 한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청서 1부. 끝.

협조자

시행  
우  
전화

전송

접수

/

【서식5】한국교육개발원 스쿨포유 입교 신청서

| 한국교육개발원 스쿨포유 입교신청서                                             |                                 |                                                                                                                                                                     |      |                                         |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|
| 학생<br>정보                                                       | 신청유형                            | <input type="checkbox"/> 스쿨포유 입교                                                                                                                                    |      | <input type="checkbox"/> 병원학교 학생 콘텐츠 이용 |
|                                                                |                                 | ※ ‘병원학교 학생 콘텐츠 이용’은 병원학교 위탁 학생의 스쿨포유 동영상 콘텐츠 이용으로 1. 학생의 학습권 보장을 위해 스쿨포유의 동영상 콘텐츠를 제공하되, 실시간 쌍방향 수업 참여가 지원되지 않음 2. 스쿨포유에서의 출결관리 및 상담이 지원되지 않음(병원학교 병행 개념과 다름)을 의미함. |      |                                         |
|                                                                | 성명                              |                                                                                                                                                                     | 전화번호 |                                         |
|                                                                | 생년월일                            |                                                                                                                                                                     | 성별   |                                         |
|                                                                | 학교                              |                                                                                                                                                                     | 학년   |                                         |
|                                                                | 당해 학년<br>수업일수<br>(입교 전)         | ※ 입교신청서 작성일 전까지<br>발생한 소속학교의 수업일수                                                                                                                                   |      | 당해 학년<br>수업일수<br>(연간)                   |
| 출석일수<br>(입교 전)                                                 | ※ 입교신청서 작성일 전까지<br>발생한 학생의 출석일수 |                                                                                                                                                                     |      |                                         |
|                                                                |                                 |                                                                                                                                                                     |      |                                         |
| 보호자<br>정보                                                      | 성명                              |                                                                                                                                                                     | 관계   |                                         |
|                                                                | 연락처                             |                                                                                                                                                                     |      |                                         |
| 관리교사<br>정보                                                     | 성명                              |                                                                                                                                                                     | 직책   | 담임 / 특수교사 / 기타<br>(기타: )                |
|                                                                | 연락처                             | 교무실<br>직통전화                                                                                                                                                         |      |                                         |
|                                                                |                                 | 휴대전화                                                                                                                                                                |      |                                         |
| <p>위 학생은 한국교육개발원 스쿨포유를 신청합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>학교장 (직인)</p> |                                 |                                                                                                                                                                     |      |                                         |

## 스쿨포유 신청을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

### [개인정보 수집·이용에 대한 동의]

|           |                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 항목        | 성명(학생, 보호자, 관리교사), 생년월일, 성별, 학교, 학년/반, 수업일수, 결석일수, 전화번호(학생, 보호자, 관리교사), 학교 전화번호, 특수교육 대상자 여부                    |
| 수집 및 이용목적 | ① 본인 확인 및 학습지원<br>: 성명, 생년월일, 성별, 학교, 학년/반, 전화번호, 건강장애학생 선정 여부<br>② 출결 처리 및 학습관리<br>: 보호자 및 관리교사 정보, 수업일수, 결석일수 |
| 보유기간      | 졸업 후 3년                                                                                                         |

※ 위의 개인정보 수집 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 서비스 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☒ 위와 같이 개인정보 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

### [민감정보 수집 및 처리에 대한 동의]

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 항목        | 병명                 |
| 수집 및 이용목적 | 스쿨포유 학습 지원 및 학생 관리 |
| 보유기간      | 졸업 후 3년            |

※ 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 서비스 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☒ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까?

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

### [개인정보 취급업무 위탁 내역]

|         |                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------|
| 위탁 받는 자 | 한국교육개발원                                                             |
| 업무내용    | 스쿨포유 운영 및 학적 관리<br>※URL: es.s4u.kr(초) / ms.s4u.kr(중) / hs.s4u.kr(고) |

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있음.

「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

20      년      월      일      성명 :      (인)

(14세 미만인 학생) 법정대리인 :      (인)

\_\_\_\_\_ 학교장 귀하

【서식7】한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청 공문

○○○ 학교

수신자 ○○○○교육감(교육장)

(경유)

제 목 건강장애학생 스쿨포유 퇴교 신청

1. 「2022학년도 건강장애학생 원격수업 운영 계획 안내」(20 .00.00) 관련입니다.
2. 본교 학생의 건강장애학생 스쿨포유 퇴교를 신청합니다.

| 이름<br>(성별) | 생년월일 | 소속<br>(학년 반) | 퇴교사유 | 퇴교일 | 비고 |
|------------|------|--------------|------|-----|----|
|            |      |              |      |     |    |

붙임 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청서 1부. 끝.

협조자

시행  
우  
전화

전송

접수

/

【서식8】 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청서

| 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교 신청서                                                                                                                |                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 퇴교 희망 일자                                                                                                                           | (※ 스쿨포유 이용을 종료하고 실제 퇴교하는 일자를 기재)                                                                                         |
| 퇴교 사유                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 학교복귀 <input type="checkbox"/> 졸업 <input type="checkbox"/> 사망<br><br><input type="checkbox"/> 기타 |
|                                                                                                                                    | ※ 기타 사유:                                                                                                                 |
| 성명                                                                                                                                 |                                                                                                                          |
| 학교                                                                                                                                 |                                                                                                                          |
| 학년/반                                                                                                                               |                                                                                                                          |
| <p>위 학생은 한국교육개발원 스쿨포유 퇴교를 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">학교장 (직인)</p> |                                                                                                                          |

【서식9】꿈사랑학교 원격수업 입교 신청 공문

○○○ 학교

수신자 ○○○○교육감(교육장)

(경유)

제 목 건강장애학생 선정 및 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청

1. 「20 학년도 건강장애학생 원격수업 운영 계획 안내」(20 .00.00) 관련입니다.
2. 건강장애학생 선정 및 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청을 위한 서류를 붙임과 같이 송부합니다.

| 번호 | 학생명 | 소속학교<br>(학반) | 건강장애<br>선정여부 | 병명 | 보호자 성명<br>(연락처) | 담당교사<br>성명<br>(연락처) | 비 고<br>(신규, 재신청<br>구분하여 기록) |
|----|-----|--------------|--------------|----|-----------------|---------------------|-----------------------------|
| 1  |     |              |              |    |                 |                     |                             |

붙임 꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서 1부. 끝.

협조자

시행  
우  
전화

전송

접수

/

【서식10】꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서(신규, 재신청)

꿈사랑학교 원격수업 입교 신청서 [신규, 재신청]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                 |      |                 |  |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----------------|--|---|--|
| 학생                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 성명                                                                                                                                                                                                                             | 홍길동(남/여)        |      | 생년월일            |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 치료병원                                                                                                                                                                                                                           |                 |      | 발병일             |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 교육지원청                                                                                                                                                                                                                          |                 |      | 병명              |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 학교                                                                                                                                                                                                                             |                 |      | 학년              |  | 반 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 휴대전화                                                                                                                                                                                                                           |                 |      |                 |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 주택주소                                                                                                                                                                                                                           |                 |      |                 |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 건강장애<br>선정여부                                                                                                                                                                                                                   | 선정( )<br>미선정( ) | 신청구분 | 신규( )<br>재신청( ) |  |   |  |
| <p>■ 개인정보의 수집 및 활용 동의 (만14세 이상) (학적자료 및 건강자료 모두 보유 동의가 이루어져야 입교 가능)</p> <p>본인(학생)은 본기관이 학적자료(이름, 성별, 생년월일, 학년반, 교육지원청명, 휴대전화, 주택주소 및 주소) 및 건강자료(병명, 발병일, 치료병원, 건강장애선정여부) 등 학적기록부 기재, 이용자수통계, 물품배송, 및 화상교사의 교육적 지도를 위하여 수집하고 활용하는 것에</p> <p><input type="checkbox"/> 학적자료 보유 동의함 <input type="checkbox"/> 건강자료 보유 동의함 <input type="checkbox"/> 모두 동의하지 않음</p> |                                                                                                                                                                                                                                |                 |      |                 |  |   |  |
| <p>■ 만14세 미만 아동의 법정대리인의 동의(만14세 미만)</p> <p>만 14세 미만 아동의 위와 같은 자료를 본 기관이 수집 및 활용하는 것에</p> <p><input type="checkbox"/> 학적자료 보유 동의함 <input type="checkbox"/> 건강자료 보유 동의함 <input type="checkbox"/> 모두 동의하지 않음</p> <p>법정대리인의 서명 ( ) (인)</p>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |                 |      |                 |  |   |  |
| 보호자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 성명                                                                                                                                                                                                                             | 홍길국 (인)         |      | 휴대전화            |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>■ 개인정보의 수집 및 활용 동의 (동의를 이루어져야 입교 가능)</p> <p>본인(학부모)은 본기관이 학교교육관련 내용 및 원격수업 교사의 아동에 대한 연락사항 알람과 관련한 SMS 문자 서비스를 위하여 본인의 성명과 휴대폰 번호를 수집하고 학교 활용하는 것에</p> <p><input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> |                 |      |                 |  |   |  |
| 담임교사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 성명                                                                                                                                                                                                                             | 김길동 (인)         |      | 휴대전화            |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | e-mail                                                                                                                                                                                                                         |                 |      | 학교연락처           |  |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>■ 개인정보의 수집 및 활용 동의 (동의를 이루어져야 입교 가능)</p> <p>본인(학부모)은 본기관이 학교교육관련 내용 및 원격수업 교사의 아동에 대한 연락사항 알람과 관련한 SMS 문자 서비스를 위하여 본인의 성명과 휴대폰 번호를 수집하고 학교 활용하는 것에</p> <p><input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> |                 |      |                 |  |   |  |
| 000학교장(직인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                |                 |      |                 |  |   |  |

※ 기존에 건강장애학생으로 선정된 학생이나 원격수업을 받아온 학생의 경우는 신청서만 제출

# 꿈사랑학교 원격수업 신청을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

## [개인정보 수집·이용에 대한 동의]

|           |                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 항목        | 성명(학생, 보호자, 관리교사), 생년월일, 성별, 학교, 학년/반, 수업일수, 결석일수, 전화번호<br>(학생, 보호자, 관리교사), 학교 전화번호, 특수교육 대상자 여부                       |
| 수집 및 이용목적 | ① 본인 확인 및 학습지원에 이용<br>: 성명, 생년월일, 성별, 학교, 학년/반, 전화번호, 특수교육 대상자 여부<br>② 출결 처리 및 학습관리에 이용<br>: 보호자 및 관리교사 정보, 수업일수, 결석일수 |
| 보유기간      | 수집된 개인정보의 보유기간은 학교급 변동 시까지(졸업 등)입니다. 또한 삭제 요청 시 해당학교는 지원자의 개인정보를 재생이 불가능한 방법으로 즉각 파기합니다.                               |

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

## [민감정보 수집 및 처리에 대한 동의]

|           |                                                                                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 항목        | 병명                                                                                       |
| 수집 및 이용목적 | 원격수업 학습 지원 및 관리를 위해서 사용합니다.                                                              |
| 보유기간      | 수집된 개인정보의 보유기간은 학교급 변동 시까지(졸업 등)입니다. 또한 삭제 요청 시 해당학교는 지원자의 개인정보를 재생이 불가능한 방법으로 즉각 파기합니다. |

※ 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까?

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

## [개인정보 제3자 제공에 대한 동의]

|         |                                                                                          |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제공받는 기관 | 꿈사랑학교                                                                                    |
| 제공목적    | 제공하신 정보는 원격수업 학습 지원, 관리, 출결 처리를 위해서 사용합니다.                                               |
| 제공하는 항목 | 꿈사랑학교 입교 신청서                                                                             |
| 보유기간    | 수집된 개인정보의 보유기간은 학교급 변동 시까지(졸업 등)입니다. 또한 삭제 요청 시 해당학교는 지원자의 개인정보를 재생이 불가능한 방법으로 즉각 파기합니다. |

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제 3자 제공하는데 동의하십니까?

동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있음.  
「개인정보보호법」 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

20      년      월      일      성명 :      (인)

(14세 미만인 학생) 법정대리인 :      (인)

\_\_\_\_ 학교장 귀하

【서식12】꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청 공문

○○○ 학교

수신자 ○○○○교육감(교육장)

(경유)

제 목 건강장애학생 꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청

1. 「20 학년도 건강장애학생 원격수업 운영 계획 안내」(20 .00.00) 관련입니다.
2. 본교 학생의 건강장애학생 원격수업 퇴교를 신청합니다.

| 이름<br>(성별) | 생년월일 | 소속<br>(학년 반) | 퇴교사유 | 퇴교일 | 비고 |
|------------|------|--------------|------|-----|----|
|            |      |              |      |     |    |

붙임 꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청서 1부. 끝.

협조자

시행  
우  
전화

전송

접수

/

【서식13】꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청서

## 꿈사랑학교 원격수업 퇴교 신청서

|          |                                      |       |       |
|----------|--------------------------------------|-------|-------|
| 이 름      |                                      |       |       |
| 소속학교명    | 학 교                                  | 학 년 반 | 학 년 반 |
| 꿈사랑학교 학반 | 꿈사랑학교 학 년 반                          |       |       |
| 주 소      |                                      |       |       |
| 집 전화     |                                      | 휴대전화  |       |
| 퇴교 사유    |                                      |       |       |
| 수업참여 기간  | 년 월 일 ~ 년 월 일까지<br>(꿈사랑학교 원격수업 참여기간) |       |       |
| 학부모 확인   | 20 년 월 일 _____ (인)                   |       |       |

○○○○학교장(직인)

※ 원격수업 퇴교 신청서는 반드시 학생 및 보호자의 동의를 통해 작성 요망

※ 퇴교 사유: 추후 꿈사랑학교 원격수업을 수강하다가 타 지역으로 전출, 휴학·자퇴·제적·사망, 완치 등의 사유로 중단 또는 종료 시, 시교육청(교육지원청)으로 퇴교 신청서 제출

【서식14】 병원학교 입교신청서 (학부모 및 소속학교용)

| 입교신청서 |                                                                                      |                                                                                 |        |              |   |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---|----|
| 학생    | 교육지원청                                                                                |                                                                                 | 희망병원학교 | OO병원 병원학교    |   |    |
|       | 성명                                                                                   |                                                                                 | 생년월일   |              |   |    |
|       | 학교                                                                                   |                                                                                 | 학년반    | 학년           | 반 | 성별 |
|       | 장애유형                                                                                 |                                                                                 | 장애명/등급 | 복지카드 소지자만 작성 |   |    |
|       | 주소                                                                                   |                                                                                 |        |              |   |    |
| 보호자   | 입교회망 사유                                                                              |                                                                                 |        |              |   |    |
|       | 성명                                                                                   | (인)                                                                             | 관계     |              |   |    |
|       | 집전화                                                                                  |                                                                                 | 휴대전화   |              |   |    |
|       | 입교동의여부                                                                               | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음<br>※ 보호자의 동의는 필수임 |        |              |   |    |
| 담임교사  | 성명                                                                                   | (인)                                                                             | E-mail |              |   |    |
|       | 학교연락처                                                                                |                                                                                 | 휴대전화   |              |   |    |
| 유의사항  | ※ 건강이 회복되어 학교로 복귀하면 반드시 퇴교 요청해야 함<br>※ 평가는 원적학교에서 처리해야 하므로 학업성취도 평가 시 원적학교에 출석하여 평가함 |                                                                                 |        |              |   |    |

년 월 일

○ ○ ○ ○ 학 교 장 ( 직 인 )

○ ○ 병 원 학 교 장 귀 하

## 개인정보 수집 및 이용 동의서

본인은 병원학교 입교와 관련하여 개인정보를 제공하여야 함을 이해하고 있으며, 이를 위해 '개인정보보호법 제15조'에 의해 담당기관에 제공하는 데 동의합니다.

1. 수집 이용 목적: 병원학교 입교 학생의 출석 확인 및 교육지원
2. 수집 항목
  - 기본정보: 소속, 이름, 학년, 생년월일, 보호자 연락처, 성별, 주소
  - 민감정보: 복지카드 장애유형 및 등급, 진단명 및 입원사실 확인
3. 이용 및 보유 기간: 병원학교 퇴교 시 까지
4. 동의를 하여야 병원학교 입교 및 교육지원이 가능합니다.

년 월 일

기본정보 수집 동의

☐ 예 ☐ 아니오

민감정보 처리 동의

☐ 예 ☐ 아니오

### ■ 신청인

|     |         |     |             |    |   |
|-----|---------|-----|-------------|----|---|
| 대상자 | 성명      | (인) |             |    |   |
|     | 학교/학년/반 | 학교  | 제           | 학년 | 반 |
| 보호자 | 성명      | (인) | 대상자와의<br>관계 |    |   |

OO병원학교장 귀하

【서식16】 병원학교 입교학생 소속학교 학사 일정(소속학교용)

| 소속학교 학사 일정 |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 학교명        |                                                                                                                                                                              | 학교전화                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 학생명        |                                                                                                                                                                              | 학년반                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 담임명        |                                                                                                                                                                              | 연락처                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 학사일정       | 1학기                                                                                                                                                                          | 2학기                                                                                                                                                                                                                       |  |
|            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 개학일:</li> <li>* 중간고사 기간:</li> <li>* 기말고사 기간:</li> <li>* 여름방학일:</li> <li>* 개학일:</li> <li>* 재량휴업일:</li> <li>* 기타 알아야할 행사 :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 2학기 개학일:</li> <li>* 중간고사 기간:</li> <li>* 기말고사 기간:</li> <li>* 겨울방학일:</li> <li>* 봄방학일:</li> <li>* 방학 후개학일:</li> <li>* 종업일/졸업일:</li> <li>* 재량휴업일:</li> <li>* 기타 알아야할 행사 :</li> </ul> |  |
|            | <p>※ 학력평가는 소속학교에서 처리해야 하므로 학업성취도 평가 시 해당 학생이 평가 당일 학교 출석 (학생에게 사전 공지)</p>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |  |

※ 소속학교 연간 학사 일정표 양식으로 보내 주셔도 됩니다.

【서식17】 병원학교 퇴교신청서(학부모 및 병원학교용)

| 퇴교신청서 |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| 원적학교  |  | 학년반 |  |
| 학생명   |  | 성 별 |  |
| 진단명   |  | 입교일 |  |
| 퇴교사유  |  |     |  |

OO병원 병원학교 퇴교를 신청합니다.

년 월 일

보호자 : (인)

○ ○ 병 원 학 교 장 귀 하

【서식18】 병원학교 입교 대상자 명단(병원학교 운영교)

| ○○○병원학교 입교 대상자 명단 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |
|-------------------|----------|-----|---------|------|-----|----------------|---------------|---------------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------------|---------------|
| 순                 | 원적<br>학교 | 성명  | 학년<br>반 | 생년월일 | 주 소 | 보호자성명<br>(연락처) | 담임성명<br>(연락처) | 병명/<br>입원사유   | 특수교육대상자  |           |          |          | 기타       |                | 비고            |
|                   |          |     |         |      |     |                |               |               | 장애<br>영역 | 복지가<br>드  | 장애<br>등급 | 선정일      | 입교일      | 예상<br>치료<br>기간 |               |
| 1                 | 대한초      | 김길동 | 1-1     |      |     |                |               | 급성림프구성<br>백혈병 | 지체<br>장애 | 뇌병변<br>장애 | 심한       | 19.03.31 | 20.03.01 | 1년<br>이상       | 21.4.1.<br>퇴교 |
| 2                 | 민국초      | 이길동 | 5-2     |      |     |                |               | 교통사고로<br>다리수술 | .        | .         | .        | .        | 21.03.01 | 3개월<br>이상      |               |
| 3                 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |
| 4                 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |
| 5                 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |
| 6                 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |
| 7                 |          |     |         |      |     |                |               |               |          |           |          |          |          |                |               |

【참고1】 2022학년도 학교생활기록부 기재 요령 발췌

□ 별표 8(출결상황 관리)

5. 소속 학교 이외 기관·장소에서의 수강학생 처리

나. 병원학교·원격수업·등(건강장애 학생)

1) 학적처리: 소속학교(학생의 학적이 있는 학교)에 학적을 둔다.

2) 출결처리

가) 출결은 반드시 확인해야 하며, 출결은 소속학교와 병원학교 및 원격수업 등 정보통신매체를 이용하는 위탁교의 수업일수 및 출결내용을 합산하여 처리한다.

나) 출석하지 않은 경우에는 별표 8 및 시·도교육청의 규칙과 지침에 따라 결석 처리한다.

3) 성적처리

가) 소속학교 학업성적관리규정에 따라 처리한다.

나) 평가(수행평가, 지필평가)는 평가 당일 소속 학교에 출석함을 원칙으로 하며, 부득이한 경우 소속 학교 학업성적관리위원회의 결정에 따른다.

□ 별표 8 해설

마. 병원학교 및 원격수업 등 방송·정보통신매체를 이용하여 수업받는 건강장애학생의 학적 및 성적처리

1) 병원학교는 3개월 이상 병원입원 또는 장기요양 등으로 인한 장기결석으로 유급이 예상되는 건강장애를 지닌 특수교육대상자를 위하여 병원 내에 설치된 특수학급을 말한다.

2) 원격수업은 3개월 이상 병원입원 또는 장기요양 등으로 인한 장기결석으로 유급이 예상되는 건강장애를 지닌 특수교육대상자를 위한 방송·정보통신 매체이용교육을 말한다.

3) 「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」제10조(특수교육대상자의 선정 기준) 및 교육부의 연간 ‘특수교육운영계획’에 따라 건강장애로 선정된 학생의 병원학교 수업참여 및 교육계획 기간 내에 이수한 원격수업은 출석으로 인정한다.

가) 건강장애를 지닌 특수교육대상자 : 만성질환으로 인하여 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등 지속적인 의료적 지원이 필요하여 학교생활 및 학업수행에 어려움이 있는 학생(「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」제10조)

나) 병원학교 현황 : 총 33개(서울 9, 부산 3, 대구 4, 인천 1, 광주 1, 대전 1, 울산 1, 경기 2, 강원 1, 충남 3, 충북 1, 전남 2, 전북 1, 경남 2, 제주 1)

다) 원격수업 현황 : 총 3개(한국교육개발원, 꿈맞무지개학교, 꿈사랑학교)

- 4) 건강장애 선정대상자는 아니지만 3개월 이상 치료를 요하는 화상, 교통사고 등의 심각한 외상적 부상으로 불가피하게 장기결석이 예상되는 학생에 대해 학습권을 보장하기 위해 치료 기간 중에는 병원학교 수업참여 또는 원격수업을 이수하도록 교육청이 허가하고 이에 따라 이수한 원격수업은 출석으로 인정할 수 있다.

#### [병원학교 및 원격수업출석인정 절차]

- 학교장은 진단서 및 담임교사 의견을 첨부하여 관할 교육청에 공문으로 신청
  - 관할 교육청에서는 병원학교 또는 원격수업 기관에 등록 조치
  - 병원학교 또는 원격수업 기관장은 학생의 출석에 대해 출석 확인을 학교에 제공
  - 학교장은 출석확인을 반영하여 출석인정
- ※ 학교장은 학생이 치료 후 학교에 복귀하면 병원학교 또는 원격수업 기관에 공문으로 등록 해지 조치하고 관할 교육청에 결과를 보고함.

#### □ 기재요령

##### 라. 위탁학생 출결처리 방법

- 5) 건강장애를 지닌 특수교육대상자를 위한 병원학교 및 원격수업을 이용하는 학생은 위탁학생으로 관리하며, 출결상황은 [학적]-[위탁학생관리]-[위탁학생출결관리]를 이용하여 처리한다.

#### [기재 방법]

- 위탁학생 중 위탁교(기관)뿐만 아니라, 소속교에서도 출석한 경우, 해당 월의 수업일수와 출결내용은 위탁교의 수업일수 및 출결내용과 소속교의 수업일수 및 출결내용을 합산하여 [학적]-[위탁학생관리]-[위탁학생출결관리]에서 입력해야 함.
- 7) 소년보호기관, 대안교육 위탁교육기관, 지방자치단체, 병원학교·원격수업기관, 방송·정보통신매체 등의 학적관리 및 수업일수, 교과 성적, 비교과 영역의 인정 여부는 표와 같다.

| 구분          | 학적     | 출석일수 | 교과 성적 | 비교과 영역 | 비고     |
|-------------|--------|------|-------|--------|--------|
| 병원학교·원격수업기관 | 위탁학생관리 | 인정   | 미인정   | 인정     | 건강장애학생 |

#### <기재 경로>

- ▶ 위탁학생은 교육정보시스템의 [학적]-[위탁학생관리]-[위탁학생등록]에서 학기 단위로 등록함.
- ▶ 위탁학생 등록 시 '교육구분' 설정에서 대안교육 위탁교육기관은 '대안교육위탁기관'으로 병원학교·원격수업기관은 '병원학교' 또는 '원격수업'으로, 방송·정보통신매체는 '원격수업'으로, 나머지는 '기타'로 등록함.
- ※ 항목별 자세한 처리 방법은 [참고자료 7] '위탁학생, 병원학교·원격수업 등 학교 이외의 장소에서의 수강학생 처리'를 참조함.