

유사 서비스 이용 확인서

1. 대 상 자 : _____ (____ 학년 ____ 반)

2. 보 호 자 : _____ (학생과의 관계: _____)

3. 보호자연락처 : _____

4. 방과후학교 10시간 이하 이용 여부 ()

※ 방과후학교 10시간 이하 이용자는 ‘청소년 발달장애학생 방과후활동서비스’
우선순위 대상자입니다. (○, × 체크)

상기 본인은 ‘청소년 발달장애학생 방과후활동서비스’에 참여하기를 희망합니다.
학교에서 방과후활동서비스와 유사한 서비스를 이용하지 않고 있으며, 만약 사실과
다를 경우 그에 따른 책임을 지도록 하겠습니다.

년 월 일

보호자 : _____ (인)

초등·중등·고등학교장

직인