

致：（ ）「校外支援网络」队伍

**校本三层应急机制**  
**「校外支持网络」队伍 转介表格**  
**（2024年11月1日起适用）**

[\*请学校将 此表格及家长或监护人同意书 提交至相应的队伍。]

本校 \_\_\_\_\_ (学校名称)经初步识别及校本介入，现把有较高自杀风险的学生个案，转介接受社会福利署安排的「校外支持网络」队伍的服务。本校已取得并随此表格夹附有关学生家长或监护人所签署的家长同意书作此转介。本校会协助安排「校外支持网络」队伍与有关学生于校内见面，包括适合进行个人实体或网上面谈的场地。

学生姓名	性别 / 年龄	班别	联络电话	需要额外关注事项 (请勾选适当方格)	紧急事件 监护人姓名及 联络方法
1.				<input type="checkbox"/> 学习表现 <input type="checkbox"/> 家庭情况 <input type="checkbox"/> 特殊学习需要 <input type="checkbox"/> 人际关系 <input type="checkbox"/> 情绪/精神健康 需要 <input type="checkbox"/> 其他(请说明):	

注：此转介表格载有学生的个人资料，学校须妥善存盘，并确保收集数据的目的和方式、数据的使用、数据的保安及查阅等方面，均符合《个人资料（私隐）条例》的规定。

学校印章：

学校负责人签署： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

职位： \_\_\_\_\_

联络电话： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

校本三层应急机制

「校外支援网络」队伍

家长或监护人同意书

本人 \_\_\_\_\_ (家长 / 监护人\*姓名) 同意 \_\_\_\_\_ (学校名称)转介本人子女 / 受监护者\* \_\_\_\_\_ (姓名) \_\_\_\_\_ (身份证号码)接受社会福利署安排的「校外支持网络」队伍的服务。

家长 / 监护人\*签署： \_\_\_\_\_

( 联络电话： \_\_\_\_\_ )

日期：            年    月    日

\*删去不适用者