附件2

广州市中小学心理健康教育特色学校申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报学校名称** | |  | | |
| **申报学校地址** | |  | | |
| **申报学校联系人** | |  | **联系电话** |  |
| **联系邮箱** |  |
| **申报学校主管教育部门联系人** | |  | **联系电话** |  |
| **联系邮箱** |  |
| **学校类型** | □小学 □初中 □高中 □完全中学  □9年一贯制学校 □12年一贯制学校 | | | |
| **学生概况** | （填写学校班级数、学生人数） | | | |
| **教师概况** | （填写全体教师人数，专、兼职心理健康教育教师人数，教师持A、B、C证情况） | | | |
| **心理健康教育工作主要经验、做法以及争创工作的主要成效（500字以内）** |  | | | |
| **下一步工作安排和计划（200字以内）** |  | | | |
| **申报单位**  **意见** | （盖章）  年 月 日 | | | |
| **区教育**  **行政部门**  **意见** | （盖章）  年 月 日 | | | |