

청소년 건강 자기도전 챌린지 지원 사업

1 사업개요

주 제

청소년 건강 자기 도전 챌린지 지원 사업

목적

해마다 늘어나는 청소년들의 약물 오남용 및 비만등 심각한 청소년기의 정신적, 심리적인 성장에 방해 요인이 되어 청소년들에게 행복한 삶을 영위하기 위한 자기 와의 도전하는 삶과 청소년기의 역량을 강화하는데 목적이 있음

대상

건강을 위한 도전이 필요한 청소년 (초·중·고) 3명이상 이면 누구나 참가

지원금

10,000,000원 (동아리별 30만원 및 시상금)

2 신청 및 작성방법

- ① 참가신청은 학교 및 시설에서 동아리로 신청 (청소년 3명 이상) 구성 가능합니다
- ② 신청서 작성 방법 - 양식에 청소년 지원 분야를 체크하고 그에 따른 동아리소개와 도전이 필요한 분야의 청소년들의 목표, 실행계획을 세운 후 지도교사 혹은 친구, 부모님, 친지등의 확인을 받아 A4 1매이상 지원서를 작성하여 제출합니다.
- ③ 도전의 성공을 위해 자문위원단이 모니터링을 하며 인터뷰와 지원할 사항들을 체크합니다.
- ④ 최종 도전 우승 동아리에게는 별도 상장과 상금, 상품등이 지원됩니다.

3 자기 도전을 위한 분야

< 분야별 내용 >

- ◆ **비만 탈출 : 체중 감량**
 - 청소년들의 영양 균형을 맞추고 식이요법 및 규칙적인 운동 계획
- ◆ **체육 운동 : 새로운 운동 또는 나에게 맞는 운동**
 - 규칙적인 운동 시간 목표등을 통해 청소년들의 신체 활동량 증가 목표
- ◆ **마음 약방 : 전문 심리상담 및 농어촌 힐링봉사**
 - 전문 상담사나 멘토를 통해 상담을 하고 필요시 농어촌 또는 봉사를 통해 마음의 때를 힐링하는 목표
 - 약물 오남용 극복을 위한 자기 관리 (심신 관리) 계획
- ◆ **건강 일기 : 관련 교육 자료 및 도서 구매**
 - 건강일기를 작성함으로써 청소년들이 건강에 대한 다양한 올바른 지식을 스스로 찾고 자신의 생활습관을 관리
- ◆ **동반 탈출 : 동아리 또는 친구, 부모와 함께 하는 도전 프로그램**
 - 디지털 도구(어플 또는 온라인 프로그램)를 활용하여 청소년들의 건강 관리를 지원

4 신청 일정

- ◆ **신청기간 :** 2025년 5월 19일(월) ~ 6월 14일(토)
- ◆ **활동기간 :** 2025년 7월 1일(화) ~ 11월 15일(토)
- ◆ **제출 :** 서식 1-2 제출 이메일 kyca04@hanmail.net
홈페이지 관련 서식 자료 탑재 활용
 - 1) 참가신청서
 - 2) 청소년건강 자기도전 활동 계획서
- ◆ **문의 :** 한국청소년동아리연맹 02-387-0771

5 시상 및 발표회

- ◆ **일시 :** 2025년 12월 19일(금) (예정)
- ◆ **장소 :** 은평문화예술회관 (예정)
- ◆ **시상 :** 최우수상 1팀 / 우수상 2팀/ 장려상 3팀 (상장 및 상품)

청소년 건강

자기도전 챌린지

청소년의 행복한 삶의 질 향상을 위한 챌린지!



지원대상

건강에 도전이
필요한 **청소년**이면
누구나!

참가자 혜택

- 동아리 지원금 **30만원**
- 청소년동아리 자기도전포상
- 우수활동 동아리 **시상**
- 전문가 **컨설팅** 지원

자기도전 분야

- 비만 탈출: 체중 감량
- 체육 운동: 활동량 증가
- 마음 약방: 전문심리상담
- 건강 일기: 생활습관관리
- 동반 탈출: 친구와 함께

신청방법

신청 양식을 작성하여
kyca04@daum.net
이메일로 전송합니다

신청기간

2025.05.19(월)
~ 06.14(토)

후원

DASAN : (주)다산제약



사단
법인 **한국청소년동아리연맹**
THE ASSOCIATION OF KOREA YOUTH CLUB

| 02-387-0771 | kyca04@daum.net

(서식1)

청소년 건강 자기도전챌린지
참가신청서

성명	대표 동아리명					
분야 체크	◆ 비만 탈출 ()	◆ 체육 운동 ()	◆ 마음 약방 ()	◆ 건강 일기 ()	◆ 동반 탈출 ()	◆ 기타 ()
소속 (기관/기타)						
연락처						
이메일						
주소						

◆ 참가자 명단 (이름, 소속, 연락처)를 기재해주세요. (인원이 3명 이상인 경우, 표를 늘려 작성해주세요.)

번호	이름	소속	연락처
1			
2			
3			

청소년 건강 자기 도전 챌린지에 도전하는 동아리 또는 대표자 소개를 진심으로 작성할 때 선정에 도움이 됩니다.

* 소개의 글 작성시 별지 A4에 작성하여 제출하실 수 있습니다.
※ 2025년 청소년 건강 자기도전 챌린지 지원사업에 참가를 신청합니다.
※ 본선 참여자 정보에 기입된 참여 청소년과 지도사는 개인정보 수집 및 활용에 동의합니다.
2025. . .
신청인(청소년 또는 동아리대표) : (서명)

(서식2)

청 소 년 건 강 자 기 도 전 챌 린 지 계 획 서

소속[학교 및 기관]:	동 아 리 명 :
	대표 청소년 : [인]
	지도자 또는 학부모 : [인]

I 도전분야 및 도전명

- 도전 분야 :
- 도 전 명 :

II 필요성

-
-
-

III 자기 도전을 위한 목표

-
-
-

IV 목표를 위한 계획

-
-
-

V 진행 방법

-
-
-

VI 목표 달성 및 기대효과

-
-
-

※ 청소년 건강 도전챌린지 지원사업은 ㈜ 다산제약이 후원합니다.