

就学支援申込書 (裏面もあります) 6月5日必着

4

我孫子市教育委員会 宛

※下記の個人情報は、就学支援の目的以外には使用いたしません。

ふりがな	住所 〒 -
児童名 男・女	我孫子市
生年月日 年 月 日	入学予定の学区
在籍園 (クラス 担任: 先生)	電話番号 自宅 - - 携帯 - -
メールアドレス	@

お子さんのご様子について 【心配であることや気になる項目に ✓ を付けてチェックしてください。】

	項目	✓
運動機能	スキップや片足ケンケン、ボールのキャッチ等の簡単な運動	
	はさみで形を切るなど、手先を使った作業	
認知機能	10までの数や左右、色、じゃんけんの勝負	
	手足のある人の絵を描く	
言語機能	同年齢の子どもとの会話	
	語彙(身の回りの物の名前や動きを表す言葉が分かるか)	
	自分の気持ちを言葉で伝える	
	大人の質問に対して答える	
社会性	発音の明瞭性(発音がはっきりしているか)・吃音	
	鬼ごっこやかくれんぼなど、身近なゲームのルールを理解	
	友達と順番に物を使う	
行動情緒	話を集中して聞く、一斉の指示で理解して行動する	
	思い通りにならない場面で我慢できないことがある (物に当たる、人に当たる、大声をあげる、泣く、暴言を吐く 等)	
	危険な行動をとることがある (高いところに上る、道路に飛び出す、等)	
耳	気になる行動や癖がある (決まった道を通りたがる、自分の世界に入る、ぼんやりしている、注意散漫である 等)	
目	聞こえづらさがある	
	眼鏡等をかけても見えづらさがあったり横目でずっと見るなどの見方があったりする	

★上記の項目で✓を付けたものについて、具体的に記入をお願いします。

★その他、お子さんのことでご心配なことや気になることがありましたらご記入ください。

【医療的ケアや持病(てんかん等)がある方は、ご記入ください。】

裏面もご記入をお願いします。

お子さんの就学について 【該当する箇所にチェックをし、必要事項をご記入ください。】

現時点で考えている就学先等 (複数可)	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 知的学級 <input type="checkbox"/> 情緒学級 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 我孫子特別支援学校(知的) <input type="checkbox"/> その他の特別支援学校()
体験の学級種・希望日程	<p>◎お子さまが小学校生活の見通しをもつことや、保護者の方に学習や活動を行う姿を見ていただくことを目的に、体験の参加をお願いします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>①体験を希望する学級種は何ですか？</p> <input type="checkbox"/>知的 <input type="checkbox"/>情緒 <input type="checkbox"/>ことばの教室 <input type="checkbox"/>特別支援学校 </div> <p>※知的とことばの教室の組み合わせはできません。 (ことばの教室は発音等の課題の支援となり、発音等だけでなく知的発達の課題もあるお子さんは、知的学級にて支援する方が良いため。)</p> <p><u>何かありましたら教育相談センター就学担当にご相談ください。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>②希望する体験日はいつですか？ホームページの「支援学級体験日程」の就学予定の学校の予定をご覧になり、お答えください。(4月中に掲載する予定です。)</p> <p>第一希望< 月 日 ()曜日></p> <p>第二希望< 月 日 ()曜日></p> </div> <p>※2つの学級種を体験する場合(「知的と情緒」や「情緒とことばの教室」など)は、なるべく同日に体験が行えるように調整します。</p>
現在の相談先・療育機関等	<input type="checkbox"/> 保健センター (相談・療育の内容等) <input type="checkbox"/> こども発達センター <input type="checkbox"/> 子ども相談課 <input type="checkbox"/> 教育相談センター <input type="checkbox"/> その他・病院・児童発達支援等 (名称:)
手帳 (取得している場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (等級) 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種別 ・ 級) 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) 交付年月日 年 月 日
診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診断名: 診断機関:
心理検査・発達検査等	<input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある ※直近の検査についてお答えください (検査名:) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 今後受ける予定がある(予定日: 年 月)(機関等:)

*提出先 〒270-1132 我孫子市湖北台 4-3-1 我孫子市教育委員会教育相談センター 就学担当
 *提出方法 郵送 または 持参
 *切 令和8年6月5日(金)必着

就学に向けた支援及び我孫子市教育支援委員会の審議を希望します。また、教育支援委員会の審議資料を作成するために我孫子市教育委員会が関係機関と情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者名 _____