

# 就学支援申込兼体験申込書(裏面もあります)

4

我孫子市教育委員会 宛

※上記の個人情報は、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 〒 ー
児童名 男・女	我孫子市
生年月日 平成 年 月 日	入学予定の学区
在籍園・学校 (クラス 担任: 先生)	電話番号 自宅 ー ー 携帯 ー ー
メールアドレス	@
連絡方法	<input type="checkbox"/> メール連絡を希望する <input type="checkbox"/> 電話連絡を希望する <input type="checkbox"/> どちらでもよい

おさんの様子について ※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。

現在の 相談先・療育 機関等	<input type="checkbox"/> 保健センター <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: ) <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">相談・療育の内容等</div>
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下さい (検査名: ) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 1年以上前に受けたことがある <input type="checkbox"/> 1年以内に受けたことがある <input type="checkbox"/> 今後受ける予定がある
現時点で考え ている就学先	<input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級(知的) <input type="checkbox"/> 特別支援学級(情緒) <input type="checkbox"/> 言語学級 <input type="checkbox"/> 我孫子特別支援学校 <input type="checkbox"/> 松戸特別支援学校*複数可
体験希望	<input type="checkbox"/> 体験を希望する <input type="checkbox"/> 体験を希望しない ※「希望する」に <input checked="" type="checkbox"/> をした方は、以下の①～②にお答え下さい。 ①体験を希望する学級種は何ですか？ <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ※知的と言語の組み合わせはできません。言語希望の方は就学担当へお電話下さい。 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。 第一希望< 月 日 ( )曜日> 第二希望< 月 日 ( )曜日>

★お子様のことで心配なことや気になること、ご質問等がありましたらご記入ください。

- \* 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5年7月13日(木)必着

就学先決定までのサポート及び我孫子市教育支援委員会の審議を希望します。また、相談や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 \_\_\_\_\_