

市内小学校特別支援学級体験会 希望票

我孫子市教育委員会 あて

就学先決定の参考にしたいので、市内小学校特別支援学級体験会への参加を希望します。

①体験を希望する学校・種別・希望日

	学校名	学級種別に○をつける	第1希望日	第2希望日
第1希望	小学校	知・情・言	月 日	月 日
第2希望	小学校	知・情・言	月 日	月 日

※学区外の学校の体験会の参加は、我孫子市教育委員会学校教育課（04-7185-1268）へ連絡し、学区外就学の申請をした方に限ります。

※体験先を1つの学級種に決めている場合、「第2希望」欄に記入の必要はありません。

※希望日は第2希望まで必ず記入してください（第1希望が優先されるとは限りません）。

②参加者情報

ふりがな お子さまの名前 (性別)	(男 ・ 女)
現在の通園先 (幼稚園, 保育園等)	
保護者名	
お住いの学区の小学校	小学校
同伴される保護者等	ふりがな 氏名： (続柄)
体験会の参加にあたり 伝えたいこと	例) 場面緘黙なので話さないかもしれない。新規場面が苦手なので固まることある。 など

※5月末に配付した「就学支援希望書兼承諾書」の提出がまだの方は、裏面に様式がありますので記載し、提出してください。

就学支援希望書兼承諾書

我孫子市教育委員会 宛

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からの助言を希望します。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を承諾します。

ふりがな 保護者名	本人との続柄	記入日
		令和 年 月 日
ふりがな 児童名	住所 〒	—
男 ・ 女		
生年月日 平成 年 月 日	入学予定の学区	
所属先	電話番号	
(クラス 担任: 先生)	自宅	— —
	携帯	— —
連絡方法	<input type="checkbox"/> メールによる連絡・情報提供を希望する (@) <input type="checkbox"/> 電話連絡を希望する <input type="checkbox"/> どちらでもよい	

お子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。

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 (通園(週 日)、集団、個別訓練(PT OT ST)、家庭療育指導) <input type="checkbox"/> 子ども相談課 <input type="checkbox"/> 教育研究所 <input type="checkbox"/> その他・病院・児童発達支援等 (名称:)
手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1 A2 B1 B2) 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	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"/> 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 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 *迷っている場合は複数可
★学校生活を送るうえで、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。	

*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。

*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研究所 就学担当

*提出方法 郵送 または 持参

確認欄	教育研究所 所長	主査長	指導主事	相談員	担当