

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	男 ・ 女	住所 〒 ー
生年月日 平成 年 月 日	入学予定の学区	
所属先 (クラス 担任: 先生)	電話番号	
	自宅	ー ー
	携帯	ー ー
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