

# 就 学 相 談 願

令和 年 月 日

中間市教育委員会 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

ふりがな				男・女	生年 月日	R 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
氏 名						
保 護 者 との続柄		住所	〒 _____ (TEL) _____ - _____			
在籍園名						
相談内容						
病 状 等 (診断名)						
治療相談に行った 病院・施設等 の名称				相 談 希望日	○第1～第5希望まで順番を【 】内にご記入ください。 【 】7月21日(火)午後 【 】7月23日(木)午前 【 】7月23日(木)午後 【 】7月24日(金)午前 【 】7月24日(金)午後	
就学希望校・学級	学校 (通常学級・特別支援学級・通級)					
身 辺 の 状 況	移 動	一人でできる ・ 支援が必要 ( _____ )				
	食 事	一人でできる ・ 支援が必要 ( _____ )				
	排 泄	一人でできる ・ 支援が必要 ( _____ )				
	衣服の着脱	一人でできる ・ 支援が必要 ( _____ )				
行 動 ・ 社 会 性 ・ 学 習 等	指示理解 集団参加 対人関係 意思伝達(日常会話) こだわり等					
	読む・書く 数・計算 推論 運動等					
手 帳 (持っている方のみ)	1. 身体障害者手帳(第 種 級)			2. 療育手帳 ( A _____ ・ B _____ )		
	R 年 月 日交付 障がい名 _____			R 年 月 日交付		

**【裏面の同意書も必ずご記入ください!】**

# 同意書

中間市教育委員会 様

※枠内の項目をご記入ください。

記入日 \_\_\_\_\_ 令和 8 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

就学予定児童氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 8 年度就学前教育相談を受けるにあたり、子どもの実情に即した効果的な相談を行うため、必要に応じて、上記児童が在籍又は利用する保育園（所）、幼稚園、療育施設その他関係機関から上記児童に関する情報（日常生活の状況に関する聞き取り、標準検査結果及びふくおか就学サポートノート等記録の提出）を貴教育委員会が収集することについて、同意します。

※収集した情報は、教育相談資料として使用するほか、小学校における必要な支援の検討資料とするため、お子様の就学予定校へ提供します。