令和　　年　　月　　日

特別支援教育相談　申込書

来入児用

（　ふりがな　） お子さまの氏名		生年 月日	平成 年　月　日	性 別	男　・　女
在籍園名		住所	須恵町大字		
入学予定学校名		保護者 氏名		電話 番号	（自宅） （携帯）

○　お子さんへの対応で困っていることや悩んでいることで、下記に当てはまるものがあれば○をつけてください。

落ち着きがない　・　身辺自立が遅れている　・　興味関心に偏りがある　・　偏食が激しい

感情のコントロールが苦手　・　友達との関わりが苦手　・　ことばの数が少ない　・　発音が不明瞭

＊その他、できるだけ詳しくお書きください。

○　現在通っている医療機関や相談機関などがありましたらお書きください。

＊医療機関で診断を受けてあればお書きください。

○　小学校入学に際して、どのようなことが心配・不安ですか。

○　小学校には次のような学級または学校があります。どの学級のことについて詳しく聞いてみたいですか。聞いてみたい学級または学校に○をつけてください。○はいくつつけてもかまいません。

特別支援学級（1小：ひまわり、　2小：たんぽぽ、　3小：わかば）　・

通級指導教室　・　特別支援学校

その他（　　）

＊希望の時間帯があれば○をつけてください（ご希望に添えない場合もあります。その際はご了承ください。）

15：00より前の時間帯　／　15：00より後の時間帯　／　どちらでもよい