|  |
| --- |
| この資料は、教育相談　を申請することを目的としています。他の目的の利用や転写はお断りします。プライバシーに十分ご留意くださるとともに、必ず部外秘扱いされるようお願いします。 |

|  |
| --- |
| 　　　　　**教 育 相 談 申 請 書（市町→南越　学齢用）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秘教 育 相 談 ・ 学 校 巡 回 指 導 申 請 書 |
|  | 市町教育委員会 |  |
|  |
|  　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日　福井県立南越特別支援学校長 　　様　市町教育委員会教育長　様　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　申請者　学 校 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校長名　　　　　　　　　　　　　印 　 学校電話（　　　）　　－下記のとおり教育相談を申請します。 |
| ふりがな児童生徒氏名 |  　　　　　　　 （ 男・女 ） | 生年月日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 学年・学級 | 　　　　年　　組 |
| 学　　籍 | 通常・特学（　　　） |
| 保護者氏名 |  　　　　　　 　　　　（続柄　　） | 職　　業 |  |
| 現住所 | 〒 | 自宅電話 |  |
| 相談したいこと（該当するものを○） | １ 学習（LD・LD以外） ２ 対人・行動 ３ 言語 ４ 運動（粗大・微細）５ 就学・進路　 ６ 養育・家庭生活　　７ 生活習慣　　８ 不登校・いじめ |
| 　　　　　　　　　　主訴にかかわ　る様子を具体的にお書きください。　　  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　学級担任氏名　　　　　　　　　　　　 |
| 学校所見　現段階における学校での具体的な対応・校内委員会での検討内容など | 　　　　　　　　特別支援教育コーディネーター氏名　　　　　　　　　 |
| 本人・保護者の願　い |  |
| 診断の有無 |  診断名：無・有（　　　　　　　　　　） 　医療機関名：服薬等：　　　　　　　　　　 　　　　　　  |
| これまでの経緯就学判断及び判断結果（該当するものを○） | １　初めて相談する。 ２ 昨年度相談したことがある。 ３　以前相談したことがある（　　年生時）　就学判断　無・有（　　）年度判断・判断結果（含障害種）通級（　　　）・ 特別支援学級（　　　）・ 特別支援学校（　　　） |