|  |
| --- |
| 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　幼児用）**   |  | | --- | | 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 所 属 名  　所属長名 　　　 　　　　印  電話番号（　　　）　　－  下記のとおり教育相談を申請します。 | | | |
| ふりがな | （ 男・女 ） | 生年月日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 子どもの氏名 | （男・女） |
| 歳児 | |
| 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 登園渋り | | |
| 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 | | |
| 園所見  現段階におけ  　る園での具体的  な対応や検討  内容など | 特別支援教育コーディネーター氏名 | | |
| 保護者の思い |  | | |
| 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  （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。 | | |