|  |
| --- |
| 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。　　　　　　 |