

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いたします。

教育相談申請書(市町→南越 学齢用)

秘

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
学校電話 () - 印

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 望			
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 ()		