

# 就学相談申込書 (令和7年度 小学校入学者用)

R6 - ( )

下記の通り、就学相談を申し込みます。

申込日： 令和6年 月 日

申込者氏名			お子さんとの関係	父・母・その他 ( )
お子さんの氏名	フリガナ -----		性別 ( )	
お子さんの生年月日	平成	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒			
日中の連絡先①	-	-	(続柄)	面談可能曜日 曜日
日中の連絡先②	-	-	(続柄)	連絡が取れる時間帯 (9時~17時の間)

## ★保育園等について (該当する箇所への記入、☑をお願いします)

幼稚園 保育園等	区立・私立 保育園 ・ こども園 ・ 幼稚園 ⇒在籍園からの情報提供、及び在籍園等での観察を了承していただけますか→ (☐はい・☐いいえ)
お子さんの療育機関等の通所状況及び情報提供の確認	☐あしすと (☐毎日通園 ・ ☐外来のみ ・ ☐その他) 毎日通園の場合、情報提供及びあしすとでの観察を了承していただけますか→ (☐はい・☐いいえ) ☐うめだ・あけぼの学園 (☐毎日通園 ・ ☐週日通園 ・ ☐外来のみ) 毎日通園の場合、情報提供及び学園での観察を了承していただけますか→ (☐はい・☐いいえ) ☐こども支援センターげんき 発達支援係 ☐その他 (施設名： 週日通所 ・ 外来) ⇒上記機関から検査結果等の提供を了承していただけますか→ (☐はい・☐いいえ) 検査日

※園等からの情報提供に同意していただける場合は、裏面の「同意書」の記入もお願いします。

## ★就学先の希望・お子さんの様子等について (該当する箇所への記入、☑をお願いします)

★現在考えている就学先・通級先について

通級指導学級 (☐きこえの教室 ☐ことばの教室 ☐目の教室)

コミュニケーションの教室 (特別支援教室)

特別支援学級 (知的固定学級)

特別支援学校 (☐視覚 ☐聴覚 ☐知的 ☐肢体)

★手帳について ☐なし ☐愛の手帳 (療育手帳) ( 度) ☐身障手帳 ( 種 級)

★発達のことで相談しているかかりつけ医がありましたら、ご記入下さい。

(医療機関： 診断名： )

⇒医師の診断書 (診察記録等) を提供していただくことは可能ですか→ (☐はい ☐いいえ)

★お子さんの様子について、心配なことや気になることを、ご記入ください。

例：一人でトイレに行けない、会話が續かない、自分の気持ちをうまく伝えられない

{ }

その他 (ご質問等) あれば、ご記入ください。

{ }

◎園での観察は、必須ではありません。

◎ご記入後、郵送または直接来所にて提出をお願いいたします。

センター確認欄	支援管理課	就学相談係			
	課長	係長	事務	心理	相談員

# 同意書

足立区就学支援委員会(足立区就学支援委員会設置要綱第2条)に必要な資料として、関係機関からの就学相談資料提供について同意します。

同意日 令和 年 月 日

住 所

---

保護者名

---

幼児・児童・生徒名

---