

下記の通り、就学相談を申し込みます。

申込日：令和7年 月 日

保護者氏名			お子さまとの関係	父・母・その他 ( )
お子さまの氏名	フリガナ -----			
	性別 ( )			
お子さまの生年月日	平成・令和	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 ⇒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 )
お子さま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 )
	検査名 ( 新版K式 ・ ビネー ・ WISC ・ その他 ) 検査日 (令和 年 月 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・お子さまの様子等について（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 )

★お子さまのご様子について、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、会話が続かない、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ご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

---