

就学相談票

取扱注意

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
児童名		男・女	平成 年 月 日生まれ
保護者名		電話番号	
住所		居住校区	() 小学校
幼稚園・保育園・こども園 等		療育機関	
歳から ()		歳から ()	
歳から ()		歳から ()	
歳から ()		歳から ()	

お子様の就学にあたり、気になることなど
生活：
ことば：
運動：
コミュニケーション：
集団生活：
興味関心：
医療的ケア：
その他：

学校生活への期待やお子様の成長への願い

就学先の学校でして欲しい配慮や支援の内容

保護者の意見	<input type="checkbox"/> 発達検査を希望	<input type="checkbox"/> 支援学校の見学・体験を希望	<input type="checkbox"/> 地域の学校の支援学級の見学・体験を希望
--------	----------------------------------	--	--

○この相談票を、小学校との引き継ぎ資料とすることに同意します。 ○就学相談にあたり、必要な情報を就学前機関（幼稚園・保育園・こども園等）から収集することに同意します。
年 月 日
保護者氏名（署名）