|  |
| --- |
| 様式１（保護者→在学校→教育委員会） |
| 〔保護者記入欄〕 |
| 通級による指導（特別支援教室）申込書 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 北九州市教育委員会　様秘 |
| 保護者氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　） |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日（年齢） | 平成　　年　　月　　日（　　歳　　月） | 学校名 | 学校 |
| 本人氏名 |  | 　　年　　組 |
| 住　所 | （〒　　　ー　　　　）　　　　　　区　　　　 | 連絡方法 | （　）電　話（　）携　帯（　）その他＊日中つながりやすい順番を記入してください。 |
| これまでの様子及び通級による指導で、改善・克服してほしい点 | ※　生活面・学習面で気になることをお書きください。 |
| 通級による指導の希望先※　○を記入 | （　　）難聴・言語 | （　　）弱視 | （　　）自閉症・情緒 | （　　）LD・ADHD |
| ＜主な指導内容＞○補聴器等の管理に関すること○聴覚の活用に関すること○言語概念の形成○発音・発語の指導　　　　　　　等 | ＜主な指導内容＞○視覚補助具（単眼鏡・ルーペ等）の活　　　用○視覚認知○目と手の協応　　　　　　　　　等 | ＜主な指導内容＞○円滑なコミュニケーション○適切な対人関係○心理的な安定○行動の調整　　　　　　　　　　等 | ＜主な指導内容＞○聞く・話す・読む・書く・計算する・推論すること○不注意によるミスを減らすこと○行動の調整　　　　　　　　　　等 |
| これまでに、相談・判断・診断・治療等を受けた病院・相談機関等※　該当するものに〇を記入 | （　　）特別支援教育相談センター　・教育相談　　　年度　・就学相談　　　年度　・通級相談　　　年度　・早期相談　　　年度（　　）特別支援学校（　　　　　　特別支援学校）（　　）総合療育センター（　　）発達障害者支援センター「つばさ」（　　）障害福祉センター（　　）子ども総合センター（児童相談所）（　　）教育支援室（　　　　　　　　教育支援室）（　　）病院（　　　　　　　　　　　　　　病院）（　　）放課後等デイサービス（　　　　　　　　）（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 治療・相談の内容 |
|  |
| 診断・判断の有無 |
| ・診断・判断・診断・判断を受けた機関・時期（機関名：　　　　　　　　　　）（時　期：　　　　年　　　月頃） |
| 個人情報の使用承認※　どちらかに○を記入 | 上記病院・相談機関等における個人資料の使用を（　　　）認める　・　（　　　）認めない |
| 通級による指導の相談会希望日 | 　相談会参加希望について、第１希望から第５希望までの順位を（　）にご記入ください。（１～５の数字で記入）●　教育センター（八幡西区）（　）10/7㈫ （　）10/8㈬ （　）10/9㈭ （　）11/20㈭ ●　特別支援教育相談センター（小倉南区）（　）上記以外の平日（9:00～16:30）＊備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

管理職との面談日（　　　　月　　　　日　）　　　　　　　　　＊記入が終わりましたら、学校にご提出ください。