

幼児・小学生  
対象

令和2年度 京都府立盲学校  
サタデースクール 参加申込用紙

このままFAXにてお送りください。 FAX 075-492-6920

ふりがな		ふりがな	
本人氏名		保護者または付添者氏名	
学校名 または所属		学年 または年齢	年 性別
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス	@		
視力の程度 眼疾名等	右( ) 左( ) 眼疾:		
使用文字 ○をお願いします	点字	普通文字	拡大文字( )ポイント程度
スクール参加希望	スクールⅠ 希望する	希望する	希望しない
	スクールⅡ 希望する	希望する	希望しない
	好きな教科や得意なこと [ ]		
	スクールの参加に関わって、配慮すべき点などがございましたら、お書きください。 [ ]		
個別相談 ○をお願いします	希望する	希望しない	相談内容(ICT機器・視覚支援機器、就学、入学、進路等) [ ]
寄宿舍説明 ○をお願いします	希望する	希望しない	
備考	※視覚以外の障害等で特別な配慮が必要な場合は、必ずその旨を記入してください。 例 車椅子のため垂直移動に介助が必要。		

※ 上記太枠内は必ず御記入をお願いいたします。

※ 視力の程度や眼疾名等は、説明資料等の準備の際の参考にします。

※ 記載いただきました個人情報厳重に管理し、本企画以外の目的には使用いたしません。