**京都府立井手やまぶき支援学校　入学相談日希望用紙**

園・所・学校名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

幼児・児童氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 【希望日】入学相談に来校可能な日に〇をお願いします。　　　　　　　　　※両日可能な場合は両方に〇を御記入ください。 |
| 2月3日（月） |  |
| 2月4日（火） |  |

　　　　　　　　　　　　　　　申込締切：令和６年１２月１３日（金）各市町教育委員会へ御提出ください

【参加者名】

保護者（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

指導者（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【保護者への確認事項】

１　発達検査の有無

　　　　過去に医療機関や巡回相談等で発達検査を受けられた方は、その検査結果も参考にさせていただきたいので、下記の質問にお答えください。

□過去に発達検査を受けたことがありますか？

　ある（　　　　）　ない（　　　　）

□受けたことがある場合は下記に記入してください。

　検査日（　　　　　年　　　　月　　　日）　機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）　検査名（　　　　　　　　　　　　　　）

□検査結果（写し）を入学相談当日にもってくることができますか？

　できる（　　　　）　できない（　　　）

２　入学相談の際に、アレルギーのある方はお話を聞かせていただきたいと思いますので、記入し

てください。

　　　□アレルギーがありますか？

ある（　　　　）　　ない（　　　　　）

　　　□該当するものがあれば選択してください。

食べ物（　　　　　　）　薬（　　　　　　）　その他（　　　　　　）