　　　　　　【保護者・保育所・学校関係者にご記入いただき、学校見学の際にお持ちください。】

　　　　　　　　　　学校見学・体験学習　記録カード　　　　伊那養護学校　地域連携支援室

　　　　　　　　　見学（体験）日：　令和　　年　　月　　日　　　　　　対応者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※今後の連絡等の資料とさせていただきます

お子さんの名前

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
|  |  | 平成　　年　　月　　日　生まれ | 　　　　歳 |

お子さんの保育所・学校名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校・保育園 | 年 | 在籍学級（小中学校のみ記入）知的学級　自情学級　通常学級　その他 |
| 電　話 | 　　　　　（　　　　　） | 寄宿舎の希望（中学部希望者のみ○を）見学希望 　入舎希望あり 　なし |
| 所属長 |  |
| 担任名 |  |

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　 （続　柄）　　 　　現住所

〒

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
|  | （　　　　　　） |
|  | （　　　　　　） |
|  | （　　　　　　） |
|  | （　　　　　　） |

見学付き添いの方　　　　　　　　（お子さんとの関係）　　 連絡先電話番号（父または母）

|  |  |
| --- | --- |
| ℡・fax　 | （　　　） |
| 携帯電話　　 | （　　　） |

なし　あり　（　　　　　　　　　　　）

副学籍制度の説明（市町村で説明をしてくれた方）

保護者（参観者）の方

・・・お子さんのことについて、支障がない範囲で結構ですので、以下の点について教えてください・・・

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 療育手帳をお持ちですか
 | はい　・　いいえ | はいの方→判定は？（A1　A2　B1　B2） |
| はいの方→手帳更新日は？ | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 1. 身体障害者手帳をお持ちですか
 | はい　・　いいえ | はいの方→種類は？　（　　種　　級） |
| 1. 診断名（障害名）
 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　なし |
| 1. 食物アレルギーがありますか
 | はい　・　いいえ | はいの方→食品は（　　　　　　　　） |
| 1. 福祉サービスを利用されていますか
 | はい　・　いいえ | はいの方→相談支援専門員（　　　　　　　　　　） |

上伊那圏域以外（諏訪圏域・下伊那圏域等）から本校を希望される場合、その理由をご記入ください

その他（伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください(お子さんのこと、今後の進路・就学のこと等）