|  |
| --- |
| この資料は、教育相談を申請することを目的としています。他の目的の利用や転写はお断りします。プライバシーに十分  ご留意くださるとともに、必ず部外秘扱いされるようお願いします。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 市町教育委員会 | |  |     令和7年度　　特支セ用    **教 育 相 談 申 請 書（学齢用）**      　福井県特別支援教育センター所長　様　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　市町教育委員会教育長　様  　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 所 属 名  　所属長名 　　　 　　　　　　　　　印  電話番号（　　　）　　－  下記のとおり教育相談を申請します。 | | | | |
|  | | | | |
| ふりがな  児童生徒氏名 | （ 男・女 ） | 生年月日 | | 平成　 年　 月　 日 |
| 学年・学級 | | 年　　組 |
| 学　　籍 | | 通常・特学（　　　） |
| 保護者氏名 | （続柄） | 職　　業 | |  |
| 現住所 | 〒　　　― | 電 話 | | 携帯の場合は  【例：090―▲▲▲▲―〇〇〇〇（父携帯）】 |
| 相談したいこと  （該当するものに○） | **１ 学習（LD・LD以外） ２ 対人・行動 ３ 言語 ４ 運動（粗大・微細）**  **５ 就学・進路　 ６ 養育・家庭生活　　 ７ 生活習慣　 ８ 不登校・いじめ** | | | |
| 主訴にかかわる  様子を具体的に  お書きください | 学級担任氏名 | | | |
| 学校所見  ①現在の具体的な対応 方法  ②校内委員会の経過と  検討してきた内容  ③センター所員に依頼  したい役割  全てについてお書きください | ①  ②  ③  特別支援教育コーディネーター氏名 | | | |
| 本人・保護者の  願　い |  | | | |
| 診断の有無 | 診断名：無・有（　　　　　　　　　　） 　医療機関名：  服薬等： | | | |
| ・特支セの教育相談について  １　初めて相談　　　２ 相談歴あり（　　年生時）  ・個別の教育支援計画（指導計画）作成の保護者同意について  　１　同意あり　　２　同意なし  ・個別の教育支援計画（指導計画）作成状況について  　１　作成済み　　　２　作成中　　　３　未作成  ・出身園や前籍校との移行支援について  　１　移行支援あり　２　移行支援なし  ・就学判断について　１ なし　 ２ あり（　　）年度判断結果  判断結果（　　）内に障害種を記載  通級（　　）・ 特別支援学級（　　）・ 特別支援学校（　　） | | | 確認欄に☑を入れてください | |
| □校内委員会(管理職含む）検討済  □保護者の同意  （特別支援教育センターへの相談）  □当センターへの事前連絡済 | |

※「子育てファイルふくいっ子」の「基礎調査票」を添えてご提出ください。

※所員が訪問した際に、個別の指導計画（作成途中でも可）をご用意ください。