**県立美咲特別支援学校　志願前相談　資料**

|  |
| --- |
| **保 護 者 記 入 欄** |
| 生徒 |  |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 現住所 | 〒 | 性別 | 　　男　・　女 |
| 保護者 | 氏名 |  | TEL |  |
| 現住所 |  |
| 療育手帳 | 有 （　Ａ1　Ａ2　Ｂ1　Ｂ2　） ・　無 | 身体障害者手帳 | 有 （　 　）級 ・　無 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 　 有　 ・ 　無 | 小児慢性特定疾病医療受給者証 | 有　 ・　無 |
| 　その他の疾患について（心疾患、てんかん、発達障害など）　　有　・　無 |
| 運動制限について　　有　・　無 | アレルギーについて　　有　・　無 |
|  　入学後の学びの場について（９月現在）　　 | 　１　美咲特別支援学校　**本校**を　希望します。 ２　美咲特別支援学校　**美里高校分教室を**　希望します。 |
|  |
|  **担 当 教 諭 記 入 欄**  |
| 　学校名 |  | 　記載者（担当）名 |  |
| 在籍学級 | 市町村立中学校 | 　１　一般学級　２　特別支援学級（ 知的 ・　情緒　・　通級 ・　言語　　　　　　　　　　 肢体 ・　病弱　・ 弱視　・ 難聴 ） |
| 特別支援学校 | 　１　一般学級　 　２　重複学級 |
| 出席状況 |  | 授業日数 | 出席日数 | 欠課数 | 遅刻数 |
| 　１年 |  |  |  |  |
| 　２年 |  |  |  |  |
| 　３年（７月末日） |  |  |  |  |

※この「志願前相談資料」は、本校宛て、郵送でお送りください。　〆切り　１０月１２日(水)

|  |
| --- |
| 保 護 者 記 入 欄 |
| 生徒 |  | 　　　 | 生年月日 | 平成１９年 ５ 月 ５ 日 |
| 現住所 | 〒904-1100 沖縄市美里○丁目○番○号○○アパート１０１ | 性別 | 　　男　・　女 |
| 保護者 | 氏名 | 　　美咲　花子 | TEL | 　090-1234‐5678 |
| 現住所 | 　　　　同上 |
| 療育手帳 | 有　（　Ａ1　Ａ2　Ｂ1　Ｂ2　）　・　無 | 身体障害者手帳 | 有 （ １ ）級 ・　無 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 　 有　・　無 | 小児慢性特定疾病医療受給者証 | 有　・　無 |
| 　その他の疾患について（心疾患、てんかん、発達障害など）　　有　・　無　　　　　　慢性腎臓病 |
| 運動制限について　　有　・　無 | アレルギーについて　　有　・　無えび　　ナッツ類 |
|  　入学後の学びの場について（９月現在）　　 | 　１　美咲特別支援学校　本校を　希望します。 ２　美咲特別支援学校　美里高校分教室を　希望します。 |
|  |
|  担 当 教 諭 記 入 欄  |
| 　学校名 | 　　　○○○中学校 | 　記載者（担当）名 | 　　沖縄　一郎 |
| 在籍学級 | 市町村立中学校 | 　１　一般学級　２　特別支援学級（ 知的 ・　情緒　・　通級 ・　言語　　　　　　　　　　 肢体 ・　病弱　・ 弱視　・ 難聴 ） |
| 特別支援学校 | 　１　一般学級　 　２　重複学級 |
| 出席状況 |  | 授業日数 | 出席日数 | 遅刻数 | 欠課数 |
| 　１年 | １９０ | １８５ | ５ | １０ |
| 　２年 | １９０ | １８０ | ５ | ５ |
| 　３年（７月末日） | ５６ | ５６ | ０ | ０ |

**県立美咲特別支援学校　志願前相談　資料**

**志願前相談資料　記入例**

**※記入の際はご注意ください。**

　　志願前相談資料は、　**保護者記入の欄（上部）と**

**担当教諭記入の欄（下部）**に分かれています。

　　記入漏れの無いよう、よろしくお願いします。

 　※この「志願前相談資料」は、本校宛て、郵送でお送りください。　〆切り　10月12日（水）