**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）