

県立島尻特別支援学校 体験入学及び志願前相談 個人資料

学校名			
連絡先	TEL:	FAX:	
ふりがな 生徒氏名	平成 年 月 日生 男・女 (歳)		
ふりがな 保護者氏名	生徒との関係 ()		
自宅住所 連絡先	〒		
在籍学級 (該当箇所には○)	1. 一般学級 2. 特別支援学級 3. 特別支援学校 (一般 ・ 重複)	手帳所持の場合(種類と等級) ・療育(A1・A2・B1・B2) ・身体(級) ・精神(級) ・申請中 ・なし	
主障害種 (該当箇所には○)	知的障害(単一障害 ・ 重複障害)		
	肢体不自由(単一障害 ・ 重複障害)		
その他の 疾患など	無・有 例:心疾患、発達障害、てんかん 等		
服薬	無・有		

健康状態	①現在治療中、通院中の病気()			
	②健康面・安全面において、配慮が必要なこと			
	③運動制限など()			
日常生活の様子	衣服の着脱	一人ができる	言葉かけでできる	支援が必要(部分 全面)
	排泄	一人ができる	言葉かけでできる	支援が必要(部分 全面)
	移動	一人ができる	言葉かけでできる	支援が必要(部分 全面)
	対人関係	誰とでも関わることができる		特定の人と関わる 集団が苦手
	アレルギー	無 ・ 有 ()		
その他	志望校	第一	第二	第三
	卒業後の進路			
備考欄				

記載者名(担任・担当者名) _____

※申込締切 平成30年9月21日(金)17:00 必着 ※学校でまとめて持参もしくは、郵送をお願いします。