

きこえとことばの教室 相談(検査・面談)及び入級判定依頼書

(保護者記入)

志村第三小学校長 ・ 上板橋小学校長 ・ 高島第六小学校長 様

きこえとことばの教室入級のため、相談(検査・面談)及び入級判定について申し込みます。

ふりがな 児童氏名		性別	
生年月日	平成	年	月 日
学校・学年	板橋区立	小学校	年 組
	担任名		
相談したい こと	聴覚 / 構音(発音) / 吃音 / 言語発達(読み書き困難を含む)		
	【入級を希望する学校】 ○をつけてください (志村第三小学校 ・ 上板橋小学校 ・ 高島第六小学校)		
	<具体的に>		
	※上記の課題が改善された場合、在籍校、きこえとことばの教室と話し合いの上、 判定会を経て退級につなげます。		

以下の内容に同意する場合は、必要事項を記入のうえ署名してください。

きこえとことばの教室入級のための資料として、きこえとことばの教室での検査結果・所見、発達検査等の結果・所見、医療その他の関係機関の紹介状等を判定会に開示することに同意します。

保護者氏名

電話番号

(平日の昼間に連絡がとれる番号)

(在籍校記入)

板橋区教育委員会 宛

令和 年 月 日

きこえとことばの教室入級のための判定会開催を申し込みます。

令和 年 月 日の校内委員会にて、確認しました。
板橋区立 小学校長

提出<保護者→在籍校→きこえとことばの教室→教育委員会(教育支援センター教育相談係)>