

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、捺印してください。

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 _____

(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 _____