



令和6年度 倉敷市幼児のための就学相談について

幼児の就学についての（教育支援に関わる）相談を次の要領で実施いたします。

1 対象

就学前の幼児（5歳児）と保護者

2 内容

特別支援学校への入学、特別支援学級への入級を検討している幼児の相談

- * 特別支援学校、特別支援学級、通級指導教室の内容についての御質問は、各園または学区の小学校へお尋ねください。

3 日時

第1回	6月4日（火）10:00～15:30	第5回	7月3日（水）10:00～15:30
第2回	6月21日（金）10:00～15:30	第6回	7月11日（木）10:00～15:30
第3回	6月25日（火）10:00～15:30	第7回	7月17日（水）10:00～15:30
第4回	6月27日（木）10:00～15:30	第8回	7月23日（火）10:00～15:30

- * 1人30分程度
- * 時間帯：10:00～、10:45～、11:30～、13:30～、14:15～、15:00～
- * 相談日時は、希望を考慮して決定後、在籍園を通じて申込者に御連絡いたします。

4 場所

ライフパーク倉敷 2階 各会議室

- * 「くらしき健康福祉プラザ」とお間違えの無いよう、御注意ください。
- * 中央階段から2階に上がったところに、受付を設けております。

5 申込方法

- * 別紙申込用紙に記入の上、在籍園に提出してください。
（園への提出が難しい場合は、直接特別支援教育推進室へ郵送もしくは持参も可能です。）

* 締切 **5月13日（月）必着**

* 宛先
〒710-8565 倉敷市西中新田 640 番地
倉敷市教育委員会指導課 特別支援教育推進室長 宛

- * 申込順に日程調整をさせていただきます。**締切りを過ぎたら受付をお断りさせていただきます。**

6 その他

- * **必ず、お子様と一緒に御参加ください。**初めての場所や人に対して不安なお子様は、お気に入りのおもちゃ等をお持ちくださってもかまいません。こちらでも、すごろくやブロック等を用意しております。
- * お子様の就学や支援を一緒に考えていくために、**療育手帳や身体障がい者手帳、医療機関等の診断書・発達検査結果等、参考となるものがあれば、コピーをして当日お持ちください。**
- * 相談は、倉敷市教育委員会指導課特別支援教育推進室が担当いたします。
- * 相談は無料です。
- * 秘密は厳守いたします。
- * **就学相談を受けられたことを就学予定の学校に報告しますので、御了知ください。**

<申し込み・問い合わせ>

倉敷市教育委員会指導課 特別支援教育推進室
電話 426-3829 担当：池田・在間

令和6年度 倉敷市幼児のための就学相談申込書

* 必要事項を御記入ください。また、□にはチェック✓をしてください。

(ふりがな)	()	受付番号(市が記入)	受付日	
幼児氏名	男・女		/	
生年月日	平成 年 月 日()歳			
現況	<input type="checkbox"/> 在籍園 () <u>幼稚園</u> ・ <u>保育園</u> ・ <u>認定こども園</u> <small>* ○で囲んでください。</small>			
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援センター () <input type="checkbox"/> 在宅			
申込者	(ふりがな)	()	<input type="checkbox"/> 保護者 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	氏名	幼児との続柄		
	連絡先	〒 - * 連絡のつきやすい電話番号を御記入ください。 電話 () -		
小学校区	倉敷市立 小学校区			
相談内容の参考となることから	病院や児童相談所等での検査 及び 診断 (有・無)			
	検査機関・病院等	()		
	検査日	年 月 日(最新のもの)	診断名	
	検査名	WISC(Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) 田中ビネーⅤ 新版K式 その他()		
	検査結果		障害の状態等	
	手帳の有無 (受給者証は含まれません)			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B軽度・B中度) <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (級 種) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳			
現段階での学びの場の希望				
<input type="checkbox"/> 特別支援学校 (視覚障害・聴覚障害・知的障害・肢体不自由・病弱) <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的障害・自閉症・情緒障害・聴覚障害) <input type="checkbox"/> 迷っている				
就学に向けて、気になることや相談したいこと				
希望日・時間等	* 相談の日時や配慮事項等、御希望がありましたら記入してください。日時を限定されますと調整が難しいため、選択肢を多くしていただけるとありがたいです。(希望日時を控えておいてください。) <input type="checkbox"/> いつでもよい。 * 配慮・連絡事項等() <input type="checkbox"/> 希望がある。			
①	月 日() AM・PM	④	月 日() AM・PM	
②	月 日() AM・PM	⑤	月 日() AM・PM	
③	月 日() AM・PM	⑥	月 日() AM・PM	

* 御記入いただいた個人情報は、本事業の目的以外には使用いたしません。