

岐阜県立西濃高等特別支援学校 教育相談＜保護者用調査用紙＞

相談日 令和6年 月 日


記入者氏名 ()

※ ご記入いただいた情報については、西濃高等特別支援学校教育相談以外の用途には使用しません。
また、個人情報については、適正に管理します。

※ この用紙に書かれた内容については、高等特別支援学校入学者選抜の可否には関係しません。

ふりがな 生徒氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日
現住所	市・郡 町・村		TEL () -
ふりがな 保護者氏名	続柄		
現住所	・生徒に同じ		
在籍(出身) 学校名	中学校【通常学級・特別支援学級(知的、自閉症・情緒)】 特別支援学校 中学部		
障がいがあることを証明する書類	療育手帳	区分	次回更新 令和 年 月
	その他	1	子ども相談センターまたは知的障害者更生相談所による判定
		2	申請中・申請予定
知的障がい以外の障がいの有無	有 () ・ 無 手帳がある場合 手帳 級		
配慮が必要な疾病の有無	有 () ・ 無		
教育相談を受ける居住地域の知的障がい者を対象とする特別支援学校名	特別支援学校		
中学校での 欠席状況 (遅刻数)	1年生	年間5日以内・年間6～29日・年間30日以上・(遅刻 回)	
	2年生	年間5日以内・年間6～29日・年間30日以上・(遅刻 回)	
	3年生	年間5日以内・年間6～29日・年間30日以上・(遅刻 回)	
西濃高等特別支援学校を希望する理由			
現時点での希望進路	【 】西濃高等特別支援学校 【 】岐阜清流高等特別支援学校 【 】特別支援学校高等部 【 】高等学校 【 】その他 () ※ 【 】内に、希望する進路先の順に数字を記入してください。		

※裏面へ続く

鉄道  バス  自転車  徒歩  自家用車 

(記入例)



西濃高等特別
支援学校への
通学方法と
ルート