令和６年　　月　　日

愛媛県立新居浜特別支援学校長　様

ふりがな
保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和６年度 第１回幼児体験学習（５月 31 日）参加申込書（年長児用）

ふりがな 幼児氏名		生年月日 年齢	平成　　年　　月　　日 歳　　か月	性別	
住　　所	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　） ※日中連絡の取れる番号をお書きください。				
幼稚園等の 名　　称 住　　所					
	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　） FAX（　　－　　－　　）				
本児以外の参加者	ふりがな 氏名　　続柄（　　）				
教育相談	教育相談の希望：　　なし（　　） 当日希望（　　） 後日希望（　　） ※希望される方には、お電話をさせていただき、日程を調整いたします。後日の教育相談も可能です。				
相談したいこと					
診断の有無	（　　）　診断なし・未診断 （　　）　診断あり（診断名：　　）				
手帳の有無	なし・あり（種類：療育手帳Ａ・Ｂ　　その他　　）				
発作の有無 健康上の配慮事項	発作（　なし　・　あり　）				
その他の配慮事項	(例)急に外に出ようとすることがあるため、注意が必要。歩行が不安定。				
本人が好きなこと・物・遊び					
本人が苦手なこと・物・遊び					

令和６年　　月　　日

愛媛県立新居浜特別支援学校長　様

ふりがな
保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和６年度 第２回幼児体験学習(10 月８日)参加申込書（年中児・年長児用）

ふりがな 幼児氏名		生年月日 年齢	平成　　年　　月　　日 歳　　か月	性別	
住　　所	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　） ※日中連絡の取れる番号をお書きください。				
幼稚園等の 名　　称 住　　所					
	〒（　　－　　） TEL（　　－　　－　　） FAX（　　－　　－　　）				
本児以外の参加者	ふりがな 氏名　　続柄（　　）				
教育相談	教育相談の希望：　　なし（　　） 当日希望（　　） 後日希望（　　） ※希望される方には、お電話をさせていただき、日程を調整いたします。後日の教育相談も可能です。				
相談したいこと					
診断の有無	（　　）　診断なし・未診断 （　　）　診断あり（診断名：　　）				
手帳の有無	なし・あり（種類：療育手帳Ａ・Ｂ　　その他　　）				
発作の有無 健康上の配慮事項	発作（　なし　・　あり　）				
その他の配慮事項	(例)急に外に出ようとすることがあるため、注意が必要。歩行が不安定。				
本人が好きなこと・物・遊び					
本人が苦手なこと・物・遊び					