

令和7年入級相談票〈特別支援学級（自閉症・情緒障害）〉

ふりがな 児童氏名				性別	男・女
生年月日	年 月 日生				
学校名 学年・組	小学校 (年 組)				
担任氏名					
特別支援教室 の利用	有 (小学校) ・ 無				
通級をしてい る場合の通級 校名	(小学校 学級)	電話	自宅 携帯		
現住所	〒 —				
通学経路・交通機関					
通学時間	約 時間 分				
誰に勧められましたか。					
子どもの様子 ・生活面 ・行動面 ・学習面 ・身体面 ・気になる点など					
学校生活や進路などに 望むこと					
特別支援学級（自閉症・ 情緒障害）を希望する 主な理由					
江戸川区教育委員会 殿					
上記理由により自閉症・情緒障害特別支援学級入級相談を申し込みます。					
入級相談を申し込むにあたり					
1 江戸川区教育委員会が在籍校・医療機関・健康サポートセンター・教育相談センター等 から資料の提供を受けることに同意します。					
2 入級が決定した場合、年度途中での転学は行わないことに同意します。					
3 入級申込みで作成した資料等を就学する学校に送付することに同意します。					
年 月 日					
保護者氏名 _____					

