様式１

「オホーツク管内専門家チーム巡回相談」要請書

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村名・教育委員会名 |  |
| 保育所･幼稚園･学校名 |  |
| 園長・校長名 |  |
| 担　　 当　 　者　 　名（学級担任・特別支援教育コーディネーターなど） |  |
| 連絡先（電話番号） |   |
| 　相談希望日　　 第３希望まで記入願います | 【第１希望】令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日）【第２希望】令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日）【第３希望】令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日） |
| 日程・内容 | 時　　　間 | 内　　　容 |
|  |  |
| 幼児児童生徒の状況等 | 学年： 　 年 | 性別：　男　・　女 |
| □　通常の学級に在籍し、特別な支援を受けていない。□　通常の学級に在籍し、ＴＴによる個別の支援を受けている。　　　　 （週　　　時間）□　通常の学級に在籍し、特別支援教育支援員の支援を受けている。 　 （週　　　時間）□ 通常の学級に在籍し、通級による指導を受けている。　　　　　　　　（週　　　時間）□　通常の学級に在籍し、特別支援学級で個別指導を受けている。　　　 （週　　　時間）□ 特別支援学級に在籍している。（障がい種別　　　　　　　　　　　　） |
| □　個別の指導計画を作成している。□　個別の教育支援計画を作成している。□　特別支援学校の特別支援教育パートナー・ティーチャー派遣事業を活用している。 |
| 特記事項 |  |