

新潟大学附属特別支援学校通級指導教室
申 込 用 紙

学校名

学校長名

職印

学校の住所

〒

電話番号

FAX 番号

特別支援教育
コーディネーター名

学級担任名

希望する教室

Bear Room ・ Together Room

(読み書き, 計算等)

(人とのかかわり)

※中学生は, Together Room のみの指導となります。

対象児童生徒

学年・氏名等

※令和6年度現在

性別

(ふりがな)

氏 名

年

保護者・在籍校からの
同意内容の確認

※ 同意いただき, 項目に

☑を入れてください。

保護者と在籍校担当で, 別紙「当校の発達障害通級指導教室について」(リーフレット)の内容を基に当教室の利用について確認しました。

当教室への送迎は, 保護者が行います。

※ 送迎に必要な交通費は, 新潟市教育委員会からの就学奨励費を利用することができます。

当校の研究に関わって, 指導の様子(写真や動画)を活用することや, 毎年開催している「特別支援教育研究会」で, 実践の発表や事例の報告に協力することに同意します。