**令和　　年　　月　　日**

**市川市教育委員会**

**保護者名**

**電話番号**

**依　　頼　　書**

**わたくしの子供の適切な就園・就学について、審議をお願いいたします。**

**記**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | |
| **子どもの氏名** | **男**  **女** | |
| **生年月日** | **平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **在籍校・園名**  **所在地**  **及び学年** | **幼稚園・保育園・こども園・小・中・義務教育学校** | **年**  **(　　　歳児)** |
| **所 在 地：〒　　　―**  **電話番号：**  **※市川市立各小・中学校は記入の必要がありません。** |
| **ご自宅住所** | **〒　　　－** | |
| **希望種別** | **知的・肢体・視覚・聴覚・言語・情緒（通級）・情緒（固定）・通常** | |
| **希望就学先** |  | |
| **※市川市こども発達センターに来所経験が（ある・ない）**  **（来所経験「ある」の方）発達センターとの情報共有を了承します　□** | | |

**※以下、担当者が記入します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※在籍校長園長名** |  |  |  |  |
| **※調査員名**  **調査員所属校・園** |  |  |  |  |
| **※医師名** | **（療育手帳：有・無）** |  |  |  |
| **※検査者** | **（田中ビネー・WISC・行動）** |  |  |  |