

平成31年度鹿児島県立加治木養護学校 学校見学会(体験入学)案内

1 対象者

- (1) 鹿児島県内にお住まいの、平成27年4月1日以前に誕生した幼児から高校生までの病弱で身体等に障害のあるお子さん(ただし、独立行政法人国立病院機構南九州病院に通院もしくは入院治療等のかかわりがある方、または検討されている方)とその保護者
- (2) 参加されるお子さんの関係者(療育や保育、教育等にかかわっていらっしゃる方)
- (3) 本校在籍の小学6年生・中学3年生の児童生徒及びその保護者

2 日時 令和元年 6月 7日(金) 10:00~12:10

※教育相談を希望される方は、14:00まで

3 日程

9:30~10:00	【受付】
10:00~10:30	【オリエンテーション】※日程及び本校の教育についての説明
10:30~10:35	【移動】
小学部 10:35~11:20 中学部・高等部 10:35~11:25	【体験入学・授業参観】
11:25~13:15	【施設・給食等参観】 ○下記のとおり、グループごとに実施いたします。 ①11:25~ 午前中のみ参加の方 ②12:20~ 教育相談を希望される方(昼食後) ③12:40~ 必要な場合のみ
13:15~14:00	【教育相談】※希望者のみ参加

4 教育相談について(希望者のみ)

御希望に応じて教育相談を実施します。お子さんのことで不安や悩みを相談されたい方、発達や障害等について知りたい方、就学等について情報が欲しい方、その他、どのようなことでも結構ですので、何かございましたらお気軽に御相談ください。

また、やむを得ず今回参加できなかった場合でも、随時、教育相談等を行っておりますので、御活用ください。

5 その他

この学校見学会は、本校または県内各特別支援学校への入学等をお勧めするものではありません。

6 申し込み方法

- (1) 別紙参加申込書に必要事項を御記入のうえ、直接または郵送で下記までお申し込みください。
個人情報保護のためFAXでの申し込みは受け付けておりません。御理解と御協力をお願いいたします。
- (2) 小学部10人・中学部5人・高等部5人程度の定員を予定しておりますが、定員を超える場合は、次年度の就学予定の方を優先させていただき、やむを得ず体験入学をお断りさせていただく場合があります。その際は、電話にて御連絡させていただきますので、御了承ください。

【参加申し込み・お問合せ先】

〒899-5241 鹿児島県始良市加治木町木田1784番地

TEL 0995-63-5729

鹿児島県立加治木養護学校 学校見学会(体験入学)

担当: (教頭)井上 (係)教諭 一ノ宮

鹿児島県立加治木養護学校 学校見学会（体験入学）参加申込書

※ 今回知り得た個人情報につきましては、当該目的以外では使用しません。

お子さんの氏名	ふりがな	性別	生 年 月 日		
		男・女	平成	年	月
		(歳)			
お子さんの所属 学年等	・在宅				
	・療育等（施設・関係団体名： _____）				
	・（ _____ ）幼稚園・保育園（所）				
	・（ _____ ）小学校（ _____ ）年 【通常学級・特別支援学級】				
	・（ _____ ）中学校（ _____ ）年 【通常学級・特別支援学級】				
・（ _____ ）高等学校（ _____ ）科（ _____ ）年					
・その他（ _____ ）					
お子さんの 主障害，病名など					
保護者の氏名		TEL（ _____ ）-（ _____ ）-（ _____ ）			
現 住 所		〒（ _____ - _____ ）			

療育機関や学校関係者が同伴される場合は、こちらに御記入ください。

関係者 氏 名		所属名	
------------	--	-----	--

※ 希望されるところに○で囲んでください。体験入学の場合は、保護者の方と一緒に参加となります。

1	①小学部	②中学部	③高等部
2	①体験入学	②授業参観のみ	

※ 体験入学のときの参考資料にしますので、発達や生活の様子・健康安全面等について御記入ください。

身体的な 配慮	○車いす等の使用（有・無）	
	○経管栄養（有・無）	
	○胃ろう（有・無）	
	○発作（有・無）	
集団への適応		
情緒面への 配慮		
コミュニケー ションの方法		
身辺処理・ 排泄の様子		

※ 教育相談について、該当するところを○で囲んでください。

・希望する ・希望しない ・別日に希望する（希望日時： 月 日 午前 ・ 午後 ）	
相談したい 主な内容	・お子さんの障害の状況について ・療育(施設・関係団体)等について ・就学について ・地域生活について ・子育てについて ・その他（ _____ ）

※ 南九州病院との関わり（記入例：主治医○○Dr，訓練週3回PT・OT・ST・・・など）

南九州病院との関わり	主治医 [_____] 内 容 [_____]
------------	--------------------------------

※ 参加申込書に必要事項をご記入のうえ、5月24日（金）までに、郵送でお申し込みください。

※ 参加が決定しましたら、6月3日（月）までに、詳細案内を郵送いたします。