

岩手県立花巻清風支援学校 教育相談個票(担任記入)

様式 4

ふりがな 生徒氏名		性別		生年月日	年 月 日(歳)
学校名	所属(支援学級《知的・他()》・通常学級・重複障がい学級)			電 話	
				担任名	
障がいの状況 (障がい名や行動特性)					
身辺自立					
進学希望理由					
将来の進路	*将来の進路について考えている場合はご記入ください。				
教育相談内容	*本校の教育相談で聞きたいことをご記入ください。				
寄宿舍での生活状況 (現在入舎している生徒)					
生徒指導上の留意事項 その他特記事項					
身体への配慮事項					
他校の 教育相談予定	*ある場合は学校名をご記入ください。(※教育相談は複数受けることをお勧めします。) ・支援学校:(支援学校) (支援学校) ・普通高校:(高等学校) (高等学校)				