令和２年度　自立活動担当教員による特別支援学級への巡回相談支援　申請書

令和２年　　月　　日

学校長　様

申請者　学 校 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

電話番号

次のとおり巡回相談支援を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み（　○をつける　） | 新規　　　・　　　継続（２年次） |
| 学級名 |  |
| 学級担任職氏名 | 職　　　　　　氏名 |
| 特別支援教育経験年数 | 年 |
| 特別支援教育コーディネーター職氏名 | 職　　　　　　氏名 |
| 担任有（　　年　　組）　　・　　　無 |

１　在籍児童生徒数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　年 | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 | 計 |
| 人　数 |  |  |  |  |  |  |  |

２　担任が課題と感じていることと特別支援学級の現状（児童生徒の障がいの状態等）

|  |
| --- |
|  |

３　課題に対し、巡回相談支援を通して学びたいこと

|  |
| --- |
|  |

４　学校長の考え（半期後、１年後の目標、巡回相談支援を通して学んでほしい内容　等）

|  |
| --- |
|  |

* 複数の学級がある場合は、学級ごと別葉とする。