

[様式①]
保護者用

令和 年 月 日

立川学園聴覚障害教育部門

「きこえとことばの教育的支援」申し込み

ふりがな 児童・生徒氏名	(男・女)
生年月日	平成・令和 年 月 日生まれ () 歳
保護者氏名	
在籍学校名 学部学年など	立 学校・学園 学部 年 組 担任 ()
住 所	〒 東京都 TEL 携帯 FAX
希望内容	() 1 聴力測定 () 2 補聴器の点検・調整 () 3 在籍学級担任への聴覚障害児に対する配慮事項などの助言 () 4 その他 ()
校内駐車について (該当する方のみ 御記入ください)	(車いす使用のため ・ 医療的ケアのため) 自家用車を校内に 駐車する必要がある。

確認事項

- ・ きこえとことばの教育的支援は、夏季休業中に来校していただいたの支援が基本となります。
- ・ 来校の際には公共の交通機関を御利用ください。車いす使用、医療的ケアの場合は校内駐車が可能です。それ以外の方で、車でお越しになる場合は、近隣の駐車場を御利用ください。
- ・ 来校にかかわる移動時間中や在校時の事故等につきましては、保護者の責任となります。
- ・ 校舎等の補修工事等に伴い、聴力測定が実施できない場合があります。
- ・ 申し込み締め切りまでに御連絡がない場合は、辞退と判断いたします。