

令和7年度 静岡県立静岡北特別支援学校小学部 体験入学実施要項

小学生対象

- 1 目的 知的障害のある児童とその保護者が、特別支援学校の様子を知り、就学を考える上で参考とする機会をもつ。
- 2 期日 令和7年9月18日（木）から12月12日（金）の期間に1回実施  
第1希望から第3希望のうち、調整して決定する。
- 3 場所 静岡県立静岡北特別支援学校（小学部教室など）
- 4 対象 小学生及びその保護者と担任
- 5 内容 授業参加及び授業参観、教育相談（希望者）
- 6 持ち物
  - (1) 児 童：上靴、体操着、帽子、筆記用具、ハンカチ、ティッシュ、水筒
  - (2) 保護者：スリッパ、筆記用具、水筒
  - (3) 担 任：上靴、名札、水筒、国語・算数の教材（動きやすい服装で来てください。）
- 7 参加申込
  - (1) 保護者は参加申込書に必要事項を記入し、在籍校に提出してください。
  - (2) 在籍校は、参加申込書を取りまとめ、静岡北特別支援学校に郵送または持参してください。

ア 個人情報であるため、FAXではなく簡易書留で送ってください。

イ 10月31日（金）まで随時受け付けます。

8 その他

- (1) 以下の日程を基本とし、実施日と併せて在籍校に連絡します。

| 時 間         | 児童・担任        | 保護者                                                     |
|-------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| 9：00～9：10   | 受付（昇降口）      |                                                         |
| 9：10～9：25   | 着替え          | 授業参観<br><br>*教育相談を希望した場合には、<br>授業に参加している時間帯に20分程度で行います。 |
| 9：25～9：40   | 朝の会          |                                                         |
| 9：50～10：20  | 体育           |                                                         |
| 10：30～11：15 | 遊びの指導／生活単元学習 |                                                         |
| 11：25～11：55 | 国語・算数        |                                                         |
| 12：00       | 着替え（終了）      |                                                         |

- (2) 駐車場は、実施日や日程と併せて在籍校に連絡します。
- (3) 会場の都合上、参加者は1家庭につき一人とします。御兄弟の同伴は御遠慮ください。
- (4) 一日保険には加入しません。万が一の場合には、御家庭で加入している保険で対応をお願いします。
- (5) 教育相談は、就学に関しての相談に応じかねますので、御了承ください。
- (6) 学級担任は、参加児童が安心して体験できるようにすること、また、両校の児童の安全を確保するために、必ず付き添い、一緒に参加してください。また、ふだん使用している国語・算数の教材を持参し、指導をお願いします。

担 当 特別支援教育コーディネーター  
小 学 部 遠 藤 和 美  
電 話 0 5 4 - 2 4 5 - 8 1 9 3

令和7年度 静岡北特別支援学校 小学部 体験入学 参加申込書

小学生対象

体験入学希望日を書いてください。

|                                   |                                                                       |              |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 第1希望： 月 日 曜日                      | 第2希望： 月 日 曜日                                                          | 第3希望： 月 日 曜日 |
| ふりがな                              |                                                                       | 性 別 学 年      |
| 参 加 児 童 名                         |                                                                       |              |
| 生 年 月 日                           | 平成 年 月 日                                                              |              |
| 在 籍 学 校 名                         |                                                                       |              |
| 学校電話番号                            | TEL ( ) —                                                             |              |
| 学校 FAX 番号                         | FAX ( ) —                                                             |              |
| 障 害 名                             |                                                                       |              |
| 手帳の有無                             | ・療 育 手 帳    あり ( A ・ B )    ・ なし<br>・身体障害者手帳    あり (      級 )    ・ なし |              |
| 健康面などで配慮すべきこと<br>その他対応に配慮すべきこと    |                                                                       |              |
| お子さんの得意なことなど                      |                                                                       |              |
| <u>参 加 保 護 者 名</u>                |                                                                       |              |
| 現 住 所                             | 〒 住所<br>TEL ( ) —                                                     |              |
| 教育相談の希望の有無                        | あ り ・ な し                                                             |              |
| 「教育相談の希望あり」と<br>答えた方<br>今回相談したい内容 |                                                                       |              |
| 参加担任名                             |                                                                       |              |

締め切り 10月31日(金) 簡易書留で送ってください。