　令和５年　　　月　　　日

**令和５年度 松山盲学校ウインタースクール参加申込書（本人・保護者用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒　氏名（ふりがな） | | 生年月日　(年齢) | 性別 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | H　　　　年　　　　月　　　日（　　　）歳 | 男  女 |
| 住　所 | 〒(　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　)  当日の連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 在籍校・学年 |  | | |
| 同伴者 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　年齢（　　　　　　　）　歳　　性別（　　　　　） | | |
| 活動中の  配慮事項 | （健康面・安全面に関することは詳しく御記入ください） | | |
| 学校ホームページへの掲載 | 可　　　　　　　　　　　不可 | | |

希望がある場合は御記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 個別学習 | 教科名（　　　　　　　　　） |
| その他 | （　　　　）弱視レンズ学習  （　　　　）パソコン・タブレット端末等  （　　　　）視力検査  （　　　　）MNリード検査  （　　　　）フロスティッグ視知覚発達検査 |
| 教育相談 | （相談内容） |

参加人数等により、希望する内容を実施できない場合もありますので御了承ください。

【申込】　FAX：089-922-2893　　メール：matsb-ad@esnet.ed.jp

【締切】 12月１日（金） 担当：森本優子

　令和５年　　　　月　　　　日

**令和５年度 松山盲学校ウインタースクール参加申込書（教員用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属校 |  |
| 参加幼児児童  生徒との関係 |  |
| 当日の連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 学習活動や諸検査の  見学 | 希望する　　　　　希望しない |
| 個別相談  （本校へ転入学を検討されている方は御参加下さい） | 希望する　　　　　希望しない |
| （相談内容） |

【申込】　FAX：089-922-2893　　メール：matsb-ad@esnet.ed.jp

【締切】 12月１日（金） 担当：森本優子