世田谷区 教育委員会 宛て

フリガナ

幼児氏名

生年月日 年 月 日

住 所 東京都世田谷区

幼児の状況について

1. 病名・障害名

()

2. 初診からの経過

()

3. 現在の状態および治療内容

()

裏面もご記入ください

4. 医療的ケアの必要性について（該当するいずれかの項目に☑をご記入下さい）

無

有

医療的ケアの内容

()

5. 幼稚園に入園した場合に、集団保育の中で必要になると想定される配慮事項

()

年 月 日

所在地

医療機関名

電話番号

医師名

印

主治医の先生へ

世田谷区では特別な配慮を必要とする幼児について幼稚園への優先的な受入れを実施しており、入園に際し、幼児の健康状態や障害の状況等を把握するため、また入園となった際に幼稚園生活を支援する資料とするため、先生のご意見を賜りたく考えております。

配慮を必要とする幼児においては、職員を加配することで、幼児の安全面の確保、コミュニケーションのフォローなど保育上の配慮をおこないます。

（担当）世田谷区教育委員会 乳幼児教育・保育支援課 電話 03-6453-1531

【保護者記入欄】

世田谷区立幼稚園・認定こども園（幼稚園枠）の優先受入の制度を利用し入園を希望します。入園内定した場合に、本意見書を乳幼児教育・保育支援課及び入園内定先の世田谷区立幼稚園・世田谷区立認定こども園において情報共有することに同意します。

年 月 日

保護者氏名