

受 検 上 の 配 慮 願

令和 年 月 日

静岡大学教育学部附属静岡中学校長 様

立 小学校長

印

受検番号（ ） （ふりがな） 志 願 者 氏 名 _____ 性別（ ）

（ふりがな）
保 護 者 氏 名 _____

下記のとおり、学力検査及び面接等の受検上の配慮をお願いします。なお、他の受検生への影響も考慮して、最終的な判断は中学校に一任します。

記

1 配慮を希望する理由（具体的な傷病名・診断名や程度など）

（傷病名・診断名）

（傷病等の程度および現在の体調、様子など）

2 配慮を希望する事項・内容 ※希望するものに○をつける。複数可。

（ ）別室での受検を希望します。

（ ）その他、以下の配慮を希望します。

希望する配慮内容（器具の持込み 等）

- （注） 1 本用紙は、該当受検児童が在籍する小学校長が、保護者の協力のもとに作成する。作成した本用紙を厳封の上、該当児童の保護者に渡し、出願書類と共に本校に提出すること。（受検番号は未記入のままでよい）
- 2 疾病や事故による負傷の場合は、医師の診断書の添付は必要としないが、学習障がいや発達障がいの場合は医師の診断書を添付すること。
- 3 出願後に罹った疾病や事故の影響で特別な配慮が必要になった場合は、所属する小学校長が、本校に速やかに電話等で知らせ、指示を受けること。
- 4 検査当日に配慮が必要になった場合は、募集要項にある通りに対応すること。
- 5 本用紙は、複写（コピー）して使用してもよい。
- 6 本用紙は、該当小学校の校長氏名、捺印のない場合は無効とする。