

体験入学申込書

年 月 日					
舟形町教育委員会教育長 殿					
保護者名					
(自筆)					
次のとおり体験入学を申し込みます。					
フリガナ		続柄		性別	男 ・ 女
児童生徒名		生年 月日	年 月 日 生		
滞 在 先 住 所 及 び 氏 名					
滞在先電話番号		通学方法	徒歩・その他 ()		
緊急連絡先電話番号					
入 学 校	舟形町立	学校	学年	年	
希 望 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※体験期間は4週間内となります。				
理 由	<input type="checkbox"/> 一時帰国 国名 都市名				
	現在校				
	<input type="checkbox"/> インターナショナルスクール在学 <input type="checkbox"/> その他 ()				
お子様の健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーの有無 あり () ・ なし ・服薬の有無 あり () ・ なし ・運動制限の有無 あり () ・ なし 				
お子様の日本語に ついて いずれかに○を記入	会話 問題なし・日常会話ができる・少し不安がある・しゃべれない ひらがな読み書き 問題なし・読みはできる・書きはできる・読み書きはできない 漢字読み書き 問題なし・読みはできる・書きはできる・読み書きはできない				

※体験入学のため発生するすべての責任(費用負担含む)は原則保護者対応です。

※スポーツ振興センターの災害共済給付制度に必ず加入が必要です。