

高知県立盲学校

# 一日体験入学



高知県立盲学校では、以下の日程で体験入学を開催します。  
見え方が気になるお子さんの子育て、教育、生活などのいろいろな悩みについて一緒に考えていきましょう。

日時 令和2年10月14日(水)9:30~15:30(乳幼児~小学校5年生)

対象者 盲学校への入学を希望される方とその保護者、担任

## ●日程

【10月14日(水)】

- 9:30~10:00 受付
- 10:00~10:30 開会行事
- 10:40~12:20 授業体験
- 12:20~13:00 昼食(給食) \* 食事後に解散
- \* 給食注文314円については申込み用紙に記入
- 13:00~15:30 寄宿舍見学、個人相談、ルミエールサロン見学(それぞれ希望者のみ)



★申込み お電話または、郵便、FAX、メールにて9月11日(金)までをお願いします。

《申込み・問合せ先》

〒780-0926 高知市大膳町6-32  
高知県立盲学校幼小学部(担当 川村、木村)  
☎088-823-8721  
Fax088-873-9643  
メールアドレス mo-s@kochinet.ed.jp

高知県立盲学校では、視覚に障害のある幼児から成人の人たちが学んでいます。

- 幼稚部・小学部・中学部・高等部があり、幼稚園・小学校・中学校・高等学校の教育や一人一人の障害や発達に応じた教育を行っています。
- 高等部保健医療科や専攻科医療科では理療(あんまマッサージ指圧、はり、きゅう)を職業として社会自立を目指す教育を行っています。
- 就学前のお子さんを対象にした乳幼児教育相談「ひまわり教室」や地域の学校で学ぶ「見えにくい」児童生徒への教育相談を行っています。

# 令和2年度 高知県立盲学校 体験入学 参加申込書

|   |   |         |          |        |                 |
|---|---|---------|----------|--------|-----------------|
| <small>さんかしゃしめい</small><br><b>参加者氏名</b> |   | 性別      | 男<br>女   | 年<br>齢 | 年 月 日生<br>( ) 歳 |
| 幼稚園・保育園                                 | ( ) 園 年少・年中・年長                          |         |          |        |                 |
| 学校・学年                                   | ( ) 学校 ( ) 学年                           |         |          |        |                 |
| 参加者連絡先                                  | 住所(〒 )                                  |         |          |        |                 |
|   | 電話番号( )                                 |         |          |        |                 |
| 障害名及び病名                                 |   |         |          |        |                 |
| 保護者                                     | 氏名( )                                   | 連絡先     | 住所(〒 )   |        |                 |
|   | 続柄( )                                   |         | 電話番号 ( ) |        |                 |
| 関係者                                     | 担任(氏名 )・その他( )                          |         |          |        |                 |
|   | 連絡先                                     | 所属名 ( ) |          |        |                 |
|   | 電話番号 ( )                                |         |          |        |                 |
| 給食希望                                    | 要・不要                                    |         |          |        |                 |
|   | ※アレルギー( なし・ある【 】 )                      |         |          |        |                 |
|   | ※給食費は、1食 314円ですので、当日釣銭のないようご持参ください。     |         |          |        |                 |
|   | ※保護者、付添人、関係者の方は、各自で昼食をご準備ください。          |         |          |        |                 |
| 個人相談の希望<br>(○をいれてください)                  | ①ある ( 学習面・生活面 )                         |         |          |        |                 |
|   | ②なし                                     |         |          |        |                 |
| 希望される方、よろしければ相談内容を簡単にお書きください            |   |         |          |        |                 |
| ルミエール見学希望                               | ①ある      ②なし      (○を入れてください)           |         |          |        |                 |
| 寄宿舍見学の希望                                | ①ある      ②なし      (○を入れてください)           |         |          |        |                 |
| 駐車場の利用                                  | ①ある (      台)      ②なし      (○を入れてください) |         |          |        |                 |

【問合せ先】 高知県立盲学校 担当:川村、木村

Tel 088-823-8721、Fax 088-873-9643、Mail mo-s@kochinet.ed.jp

\* 視覚障害者向け機器展示室「ルミエールサロン」については、県庁のホームページをご覧ください。