

可児市教育委員会 様



体験入学願

年 月 日

保護者

児童生徒との関係

下記のとおり可児市立学校への体験入学を申し込みます。

児童生徒氏名		生年月日		性別	学年
		平成	年 月 日	男・女	第 学年
		平成	年 月 日	男・女	第 学年
		平成	年 月 日	男・女	第 学年
住所	現住所 (海外の場合は国名)				
	帰国先住所	可児市			
	電話				
入学希望校	可児市立 学校				
入学期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
理由等	<input type="checkbox"/> 一時帰国 <input type="checkbox"/> その他 ()				

《承認条件》

1. 可児市教育委員会の諸規則及び市立学校の校則を順守し、指示に従ってください。
2. 通学途中及び学校内での事故・ケガ等については、保護者が全責任を負います。
(※被害・加害ともに自己負担です。)
3. 教材費や給食費(給食希望者のみ)等は全額負担になります。
4. 一部参加できない授業・行事等があります。
5. 状況によっては受け入れができない場合があります。
6. 詳細については、入学前に学校と打ち合わせをしてください。

上記の各号について理解し同意します。

↑ チェックしてください。

※裏面のアンケートに記入をお願いします。

〈アンケート〉

1. 日本語を話すことができますか。

ほとんど話せる だいたい話せる 少し話せる まったく話せない

2. 日本語を書くことができますか。

ほとんど書くことができる ひらがな、カタカナは書けるが、漢字が書けない

カタカナは書くことができる 書くことができない

3. 日本食を食べることができますか。また、牛乳等のアレルギーはありますか。

日本食：食べられる 食べられない 食べたことがない

牛乳：飲める 飲めない 飲んだことがない

食物アレルギー：ある ない



3a. 食物アレルギーがある場合、どのような食材でおきるかわかっていますか。

はい。食材： []

いいえ

4. いままで結核性の病気（例：肺浸潤、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核）にかかったことがありますか。

はい。時期：（ 年 月頃） いいえ

5. いままで結核に感染を受けたとして予防の薬を飲んだことがありますか。

はい。時期：（ 年 月頃） いいえ

6. 生まれてから、家族や同居人で結核にかかった人がいますか。

はい。時期：（ 年 月頃） いいえ

7. この2週間以上、「せき」や「たん」が続いていますか。

はい。 いいえ

8. 健康面で学校に連絡したいことがありますか。

はい。 []

いいえ