**同　意　書**

高知県教育委員会事務局

生涯学習課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

私は、若者の学びなおしと自立支援事業「若者はばたけネット」の目的のために、学校経由にて、下記の情報が生涯学習課、若者サポートステーションへ提供され、情報共有されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 | 生年月日 | 性別 | 学校名 |
|  | 年　月　日 |  |  |
| 保護者 | 本人との続柄 |  |
|  |  |
| 住所 | 連絡先（TEL、FAX、e‐mail等） |
| 〒 | 本人 |  |
| 保護者 |  |
| 備　　考　　欄 |
| ○次の各項目について、当てはまる回答の「□」にチェック✔を記入してください。・若者サポートステーションについて　（　□ 知っている、聞いたことがある　　□ 知らない、聞いたことがない　）・希望する進路について　　　　　　　　（　□ 就職　　□ 進学　　□ 高卒認定取得　　□ 悩んでいる　　□ 考えていない　）○これまでの経緯（学校生活、人間関係、学習面など）について、お構いない範囲で現状をご記入ください。 |
| 同意・署名欄本人又は保護者 |

※署名は自署でお願いします。

※本人・保護者へ：目的とは、学校教育から切れ目のない修学や就労に向けた自立支援を行うことです。そのために、若者サポートステーションは学校へ問合せ及びご家庭への手紙郵送並びに電話を行います。

※学校へ：本同意書は、**親展・書留にて**、生涯学習課長あてに**郵送**をお願いします。