

TAP(徳地アドベンチャー教育プログラム) 事前打ち合わせシート

記入日: 西暦 年 月 日
 記入者:

団体名	学年		
	クラス数		
TAP活動日時①	西暦	年 月 日	: ~ : 日
TAP活動日時②	西暦	年 月 日	: ~ : 日
グループ	グループ数	グループ	
	1グループの人数	約 人	1グループの男女数 男 約 人 女 約 人

団体の様子 (あてはまるすべて)	<input type="checkbox"/> 男女の仲がよい	<input type="checkbox"/> 活動中の発言が活発にある	
	<input type="checkbox"/> 休み時間など、お互いによくしゃべっている	<input type="checkbox"/> お互いに温かい声かけができる	
	<input type="checkbox"/> グループの中にリーダー的存在がいる	<input type="checkbox"/> あきらめずに活動する姿がある	
最も大切したいねらい (1つまでチェック)	<input type="checkbox"/> 協調性	<input type="checkbox"/> コミュニケーション力	<input type="checkbox"/> 信頼感
	<input type="checkbox"/> 考え抜く力	<input type="checkbox"/> 自己肯定感・自信	<input type="checkbox"/> 自主性
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

ねがい

上記を踏まえて、こうなってほしいと思うことを教えてください。

引率の方はTAPを知っていますか？

知っている 人 知らない 人 体験したことがある 人

活動中配慮が必要な人はいますか？ TAP時のグループごとに教えてください。 例: 特別支援学級(情緒)に在籍 例: 右足首を1ヶ月前に捻挫(治療中)	グループ名								
	配慮児童生徒								
	※活動部屋								
	※ファシ								

※チェック項目

記録職員:

スタート場所 () 集合時の並び

終了後 → 各グループで解散 全体で集合 (: に)

各グループにつかれる引率者へのお願い (静観しての観察・記録シートの記入)

ファシリテーターからの確認事項

水筒の中身・虫よけスプレー・服装・帽子・雨具(カッパ)・タオルなどの確認

ご利用の2週間前までにFAXかメールにてご提出ください。(※欄は、本所職員が記入します)

TAPの活動における参考にさせていただきます。ご協力ありがとうございました。

FAX:0835-56-0130 Mail:tokuji-kikaku@niye.jp