

昭和町放課後児童クラブ入室申請書

令和 年 月 日

児童館長 殿

住所 昭和町

保護者氏名



自宅電話番号

※同居者全員

緊急時連絡先

フリガナ				学校名 (新) 学年	小学校	年	
児童氏名				生 年 月 日	平成	年 月 日 生	
				性 別	男 ・ 女	血液型	型
同居家族 ・ 本人を 除 く	続柄	フリガナ	年齢	勤務先名又は学校名・新学年		出勤(登校)時刻	
		氏 名				帰宅(下校)時刻	
						出勤 : -----	
						帰宅 : -----	
						出勤 : -----	
						帰宅 : -----	
						出勤 : -----	
						帰宅 : -----	

入室を希望する理由（該当番号に○印を、4その他の場合は理由を記入してください。）
 1 母子家庭・父子家庭のため 2 保護者疾病・病弱なため 3 保護者がともに就労しているため
 4 その他（具体的な理由）

同居していない祖父母について

		氏 名	年 齢	住 所 (番地)	就 労 状 況
父 方	祖父				有 ・ 無
	祖母				有 ・ 無
母 方	祖父				有 ・ 無
	祖母				有 ・ 無

確認して申請書等に虚偽のある場合は、許可を取り消すことがあります。

取得した個人情報は、放課後児童クラブ事務及び児童福祉に関する行政事務以外に使用しません。

昭和町放課後児童クラブ児童調査票

小学校	年	児童名	保護者名	印
-----	---	-----	------	---

児童の健康状態

<p>① これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ いつ頃： _____ 傷病名： _____ 今の状況： <input type="checkbox"/> 影響なし <input type="checkbox"/> 影響あり (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>② かかりつけの医療機関がありますか。(通院している場合を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 医療機関名： _____ 傷病名： _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>③ 持病等で継続して服用している薬はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 傷病名： _____ 薬の種類： <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射 それは、どんな薬ですか？ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>④ 食物アレルギーはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 食物はなんですか？ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない どのような症状になりますか？ _____</p>
<p>⑤ 視力・聴力で気になることがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 具体的に _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p>⑥ 集団生活をしていくうえで、できないことや困難なことなど特に気になる点がありますか(発達障がい、疑いも含む)。</p> <p><input type="checkbox"/> ある ⇒ 具体的に _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>