

様式第1号 (第8条関係)

潟上市長 様

潟上市放課後児童クラブ入所申請書

潟上市放課後児童クラブに入所したいので、次のとおり申請をします。

年 月 日

入所を希望する 児童クラブ	児童クラブ		
学校名	小学校	学年・組	年 組
ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名			
住所	〒	ふりがな	
		保護者名	
入所希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
緊急時 連絡先	氏名 (本児との続柄)	連絡先の名称	電話番号/携帯
	1 ()		()
	2 ()		()
諸連絡時 連絡先	氏名 (本児との続柄)	携帯番号 (ショートメール連絡用)	
	()	()	

※年度当初の申込みの場合は、学年・組欄の学年は新学年を記入してください。

また、組が未定の場合は、組名は記入しないで結構です。

※緊急時連絡先は、必ず連絡がつくところを記入してください。

○入所児童の同居の家族構成 (本人も含みます)

氏 名	年齢	続柄	勤務先名(住所)又は学校名(学年)

○入所を希望する具体的理由

※裏面の記入もお願いします。

○児童の状況（申請時の状況でご記入ください）

児 童 の 健 康	今までに入院治療を受けた病気などがありましたら、なるべく詳しく記入してください。		
	今までにかかった病気	かかりやすい病気	平 熱 度 分
	該当するものがあれば○で囲んでください。		
	・発熱しやすい ・吐きやすい ・下痢しやすい ・鼻血が出やすい ・その他（ ）		
	かかりつけの医療機関（ ）		
障がい等 の有無	□なし □あり	具体的に：	
	(→ありの方)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等を所持している（身体障害者手帳・療育手帳） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書を所持している <input type="checkbox"/> 児童相談所、発達障害者支援センター等公的機関を利用している <input type="checkbox"/> 幼児通級教室を利用している <input type="checkbox"/> 通級指導教室を利用している	
アレルギーの 有無	□なし □あり	具体的に：	
	(→ありの方)	緊急時の処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
生 活	長所	短所	
	くせ等特徴的な行動		
	興味のあること		
	習い事	名 称	曜 日
			午前 時 分～午前 時 分 午後 時 分～午後 時 分
			午前 時 分～午前 時 分 午後 時 分～午後 時 分
そ の 他	クラブ内における生活について注意する点などありましたら記入してください。		

○保護者の状況（申請時の状況でご記入ください）

保 護 者 の 勤 務 時 間	氏名	氏名
	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分
	氏名	氏名
	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分	午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分

※表面の記入もお願いします。