

五所川原市放課後児童クラブ入会申込書

表

令和 年 月 日

五所川原市長

住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

放課後児童クラブの利用について、次のとおり申請いたします。

フリガナ		性別	生年月日	平成 年 月 日
児童氏名		男・女		
学校名		小学校	学年	年 (利用開始日時点の学年)
希望する放課後児童クラブ名		放課後児童クラブ		
家族の状況	氏名	続柄	年齢	勤務先等及び学校名等 勤務先電話番号
				勤務先名: ----- 電話番号:
				勤務先名: ----- 電話番号:
				勤務先名: ----- 電話番号:
				勤務先名: ----- 電話番号:
				勤務先名: ----- 電話番号:
利用開始日	いずれかに○印をつけてください。 1. 4月1日から(弁当・飲み物持参) 2. 入学式翌日から(弁当・飲み物持参) 3. 給食が始まってから 4. その他(月 日から)			
利用形態	いずれかに○印をつけてください。 1. 毎日利用する(週6日) 2. 週に5日利用する 3. 週に4日利用する 4. 週に3日利用する 5. 週に2日利用する 6. 週に1日利用する 7. 長期休暇のみ利用する(春休み・夏休み・冬休み)			
申込理由	いずれかに○印をつけてください。 1. 保護者等が就労 2. 母が出産の前後である 3. 保護者が疾病、障害等 4. 保護者が看護又は介護等 5. 保護者が就学・職業訓練中等			

※家族の状況は、全ての同居家族と保護者が単身赴任等で別居している場合も記入してください。

【略図】 枠内に児童クラブから自宅までの略図を記入してください。(地図貼り付け可)

裏

【児童について】 支援員がお子さんを保育する際の参考にしますので、必ず記入してください。
特に、障害等の有無や学校の状況は記入漏れのないようにお願いします。
また、お子さんの保育について事前にクラブとの面談を希望される方は、チェックをしてください。

児童の特徴等特記事項	
疾病：有・無（ ）	児童の平熱： 度
主治医(かかりつけ医)があれば記入してください。 医院名： TEL：	
障害等の有無：有・無	障害者手帳の有無：有・無（身体・知的・精神）
学校の状況：通常学級・特別支援学級（知的・自閉・情緒・肢体不自由・難聴）	
食物アレルギー有無：有・無（ ）	
保育について事前に放課後児童クラブとの面談を <input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。	

【緊急連絡先】 児童の状況が分かり、迎えに来ることができる順に記入してください。

① 氏名： (児童からみた続柄：)	② 氏名： (児童からみた続柄：)	③ 氏名： (児童からみた続柄：)
TEL：	TEL：	TEL：

同意書

利用を希望する放課後児童クラブの委託事業者に対し、この申込書(写)及び市で作成する児童クラブ名簿を提供することに同意します。

氏名
