

放課後児童クラブ あや 入所申込書

					児童 NO	
申請日 令和 年 月 日						
社会福祉法人 松宝苑御中						
私は、「放課後児童クラブ あや」の利用規約に同意し、入所を申込みします。						
ふりがな 保護者氏名						
住 所	〒					
連 絡 先	TEL			FAX		
	メールアドレス					
入 所 希 望 児 童	(ふりがな) 氏 名			性 別	生年月日	血液型
				男・女	平成 年 月 日	型
	小学校	小学校 現・新	学年	出身幼稚園 保育園	幼稚園 保育園	
	通所希望日	令和 年 月 日	通所希望曜日	月 火 水 木 金 土 長期休み		
	希望時間帯	放課後～		延長希望	無 ・ 有 (_____ 時まで)	
家 族 の 状 況	児童との 続柄	氏 名	年齢	勤務先・学校名等 勤務時間	緊急連絡先 (携帯電話・勤務先電話等)	
				日/週 : ~ :		
				日/週 : ~ :		
申込理由						
お迎えをする方 交通手段	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		勤務地から自宅までの所要時間 (送迎を行う保護者の方) 時 分			
	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		茅ヶ崎駅から自宅までの所要時間 時 分 (徒歩 自転車 車 その他)			
備 考						

児童氏名 _____

健康 管 理 台 帳	健康状態	良 ・ 不良 （内容： 例：喘息 等）
	心身障害	無 ・ 有 （障害者手帳[有・無]内容：）
	既往症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他（
	通院等の 状況	現在、定期的な診察や投薬を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合 病名（ ） 通院状況（ ）
	かかりつけ の病院名	
	その他、健康・発達面でご心配な点、保育時に注意する事項等がありましたらご記入ください	

【自由記述】（例：習い事の曜日や時間など書ける範囲でお願いいたします）