　受付NO,

　　　年　　月　　日

令　和　７　年　度

**放 課 後 児 童 ク ラ ブ 加 入 申 請 書**

　放課後児童クラブに加入したいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童出身こども園・幼稚園名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | 住　所　小松市　　　　　　　町　　　　　　番地 | | | | | | | | | | | | | | 学校名・学年 | | | | | |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　㊞　（℡　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 安宅小学校　　　年 | | | | | |
| 児 童 | 氏名 | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | 年齢 | | | 血液型 | | 平熱 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | 男 女 | | 西暦  　年　月　日 | | 歳 | | | 型 | | ℃ |
|  | | | | | | | | | |
| 家 族 の 状 況（本人含まず） | 氏名 | | | | | | 続柄 | 年齢 | | | 不在理由（○で囲む） | | | | | 休日(曜日) | | | 勤務時間等 | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
|  | | | | | |  |  | | | 就労・自営・農業・病気療養・  出産・家族介護・その他 | | | | |  | | | 平日　　　～  土曜　　　～ | |
| 月平均利用日数 | | | | | | | | 平常利用　約　　　日　，８月利用　約　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 利用期間 | | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用時間 | | 平日 | | | | | | | | 土曜日 | | | | 春・冬・夏休み | | | | | | |
| 放課後　～　　： | | | | | | | | ：　　～　　： | | | | ：　　～　　： | | | | | | |
| 今までにかかった主な病気・予防接種の有無（かかった，接種したものを○で囲む） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | | はしか・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹（三日はしか） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予防接種 | | | | はしか・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹（三日はしか） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大病をしたことがありますか | | | | | | | | | 無・有（病名　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 持病をもっていますか | | | | | | | | | 無・有（病名　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| アレルギーはありますか | | | | | | | | | 無・有（内容　　　　　　　　　　　　　　）  ※有と回答された方は，下記の「アレルギー管理票の提供について」にご回答の上，クラブとの面談をお願いします。 | | | | | | | | | | | |
| アレルギー管理票の提供について | | | | | | | | | 小学校が作成する「アレルギー管理票」について，クラブが学校から提供を受けることに同意します。  氏名：　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ病院 | | | | | 内科　　　　　　　　　　　外科 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　険　証 | | | | | 名称　　　　　　　　　　　記号　　　　　　　番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 習い事など | | | | 曜日 | | 時　　間 | | | | | | 習い事など | | 曜日 | | | 時　　間 | | | |
|  | | | |  | | 時　　分から | | | | | |  | |  | | | 時　　分から | | | |
|  | | | |  | | 時　　分から | | | | | |  | |  | | | 時　　分から | | | |
| 緊急連絡先  （２ヶ所以上） | | | 1. 連絡先（父・母・祖父・祖母・その他）（☎　　－　　　－　　　） 2. 連絡先（父・母・祖父・祖母・その他）（☎　　－　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |