

(中城村放課後児童クラブ入所申込用)

放課後児童クラブ入所申込書

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|----|----|---|---|---|

兼児童票(裏面)

※第1希望、学童へのみ提出。(複数不可)

当クラブの入所にあたって、利用者及びその保護者の情報を必要に応じて、村へ提供することに同意いたします。

(太枠内すべてを記入して下さい) 記入日: 令和 年 月 日

| | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| 第1希望() 学童クラブ | 保護者住所 中城村 (ふりがな) |
| 第1希望の学童クラブへ入所できない場合は、どのようにしたいかを、以下のの中から最も該当する順に1、2、と数字をご記入下さい。 | 保護者氏名 |
| 第2希望()学童クラブへ必要書類を転送する事に同意します。 | 緊急時連絡先 (続柄:) |
| 村内で空きのある学童ならどこでもいいので入れたい。 | (父) |
| 第1希望の学童クラブ以外入りたくないので空きが出る迄待機します。 | 携帯電話 |
| 無理をすれば見てくれる人がいる為、申し込みを取り下げます。 | (母) |
| 1人で帰宅させ、保護者帰宅まで留守番させます。 | |

| | | | | | |
|---------------|--------------|-------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 入所申込児童 | 氏名 (ふりがな) | | 生年月日 平成 年 月 日生 | 性別 男 女 | 小学校にて支援学級在籍の有無 1. 有り 2. 無し 3. 予定 |
| | | | | | 学童クラブでの発達支援の有無 1. 希望する 2. 希望しない 3. 相談希望 |
| 入所理由 | 1. 仕事をしている | 父・母・その他() | 学校名 | ※令和 5 年度、卒所幼稚園または保育園/前小学校 (幼稚園・保育園・前小学校) | |
| | 2. 病気・障害 | 父・母・その他() | | ※令和 6 年度の小学校及び学年 小学校 / 新 年生 | |
| | 3. 母親の出産 | (予定日 年 月 日) | | | |
| | 4. 病人の看護等 | 父・母・その他() | | | |
| | 5. 求職中 | 父・母・その他() | | | |
| | 6. その他 | () | | | |
| 1週間あたりの利用見込日数 | 週 日間利用 | ※主に利用したい曜日について、該当するものに○をつけてください。 月・火・水・木・金・土 | | ※夏休みなどの学童利用について 1. ほぼ利用します 2. ほぼ休みます | |

保護者の勤務状況

| | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 氏名 | 父 (ふりがな) | 母 (ふりがな) |
| 勤務先の名称 | (会社員・自営(中心者・協力者)・パート・内職・疾病・障がい・就学・その他) | (会社員・自営(中心者・協力者)・パート・内職・疾病・障がい・就学・その他) |
| 勤務先の所在地(連絡先) | (TEL:) | (TEL:) |
| 勤務時間 | 定時: 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 シフト勤務: 有 ・ 無 1日の労働時間: 時間(休憩時間含む) | 定時: 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 シフト勤務: 有 ・ 無 1日の労働時間: 時間(休憩時間含む) |
| 児童の送迎 | 主な送迎者: 備考: | |

| 区分 | 氏名 | 入所児童との続柄 | 性別 | 年齢 | 職業または学校名(学年) | 児童の発育状況 | |
|-----------|----|----------|-----|----|--------------|------------|---------------------------------------------------|
| 入所児童の世帯状況 | | | 男・女 | | | | 1. 良好 |
| | | | 男・女 | | | | 2. アレルギーの有無 () エビペン所持の有無 (有 ・ 無) |
| | | | 男・女 | | | | 除去食の必要性 (有 ・ 無) |
| | | | 男・女 | | | | 3. 定期的通院 () |
| | | | 男・女 | | | | 4. 薬の服用 () |
| | | | 男・女 | | | | 5. 発達支援の利用歴 () (親子教室・療育支援・発達支援保育・特別支援・訓練・検討中) |
| | | | 男・女 | | | 6. その他 () | |

| | | |
|-------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 世帯の状況 | 1. 生活保護世帯 (年 月 日 保護開始) | 4. 非課税世帯 |
| | 2. ひとり親世帯 (母子 ・ 父子 ・ その他) | |
| | 3. 障がい世帯 氏名 続柄 [] (身障 ・ 精神 ・ 療育 ・ 特児) | ※1~4に該当の世帯に関しては、村役場より利用料の半額が助成対象となる場合があります。 |

○文字は、楷書ではっきりと黒色ボールペンで記入して下さい。

○複数の放課後児童クラブへの申込みが判明した場合、無効となります。

児 童 票

| | | | | | |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------|------------|------------------|------------|
| (ふりがな) | | 性別 | 血液型 | 平熱 | 生年月日 |
| 児童氏名 | | 男・女 | 型 | 度 | 年 月 日(満 歳) |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 電話番号(個人携帯) | 電話番号(職場名) ※希望者のみ | |
| 第1 | | | | TEL: 職場名() | |
| 第2 | | | | TEL: 職場名() | |
| 第3 | | | | TEL: 職場名() | |
| ◎大病をしたことがありますか | | 無・有(病名) | | | |
| ◎持病はありますか | | 無・有() | | | |
| ◎アレルギーはありますか | | 無・有() 《対応》 | | | |
| ◎健康状態で気になること、配慮等 (服用中のお薬等がある場合は要記入) | | | | | |
| ◎普段の生活や友達関係等 (支援員に知っておいてほしいこと) | | | | | |
| ◎その他連絡事項等 (支援員に知っておいてほしいこと) | | | | | |
| ◎特別支援を要する場合は、その状況 をご記入下さい。 | | 診断名() ○療育手帳(有・無) ○身体障がい者手帳(有・無)(級) | | | |
| ○自宅周辺略図 | | | | | |
| 習い事など/連絡先 | | | 曜日 | 時間 | 家族からの連絡項等 |
| (TEL:) | | | | | |
| (TEL:) | | | | | |
| (TEL:) | | | | | |