

年 月 日

令和____年度東吾妻町立放課後児童クラブ入所申請書

東吾妻町長 宛

保護者 住所
氏名 (印)
電話番号 ()

東吾妻町立放課後児童クラブに入所したいので下記のとおり申請します。
なお、審査を行うにあたり必要な世帯情報を閲覧すること及び収集した情報について利用施設に提供することに同意します。

入所希望 児童名等	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	学年(申込日時点)
				年
入所希望 クラブ名	(あづま ・ いわしま ・ さかうえ) 児童クラブ			
申請区分	新規 ・ 継続 (どちらかに○)			
入所を希望 する理由				
利用希望 期間等 (番号に○)	※通常と短期については利用予定曜日に○を付けてください。 1. 通常利用 (利用予定曜日 月・火・水・木・金) 2. 短期利用 (利用予定曜日 月・火・水・木・金) 3. 長期休業中 (夏休み ・ 冬休み ・ 春休み) 4. その他 (具体的に記入：)			
土曜保育希望 の有無	有 ・ 無			
	(有の場合具体的な利用希望の内容)			

入所希望児童の家庭状況 (入所希望児童以外を記入)

	氏 名	入所児童 との続柄	生年月日	勤務先・ 学校名等	備考
世 帯 員					
※世帯分離していても、同一敷地内・同一建物に居住する方は全員記入する必要があります。					
生活保護受給の有無		有 (年 月 日保護開始) ・ 無			

(添付書類)

- 就労証明書 (父 ・ 母 ・ その他)
- その他放課後家庭での保育が行えない旨の証明書の類 ()

(あづま ・ いわしま ・ さかうえ) 児童クラブ

児童票・緊急連絡票

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

児童名	平熱	生年月日
	_____ °C	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 年生)
体質的特徴	風邪をひきやすい じんましんがでやすい 熱を出しやすい 扁桃腺が腫れやすい 中耳炎 ぜんそく アトピー ひきつけ その他配慮が必要なこと (_____)	
アレルギー	無 ・ 有 ※有の場合下記に詳しく記入してください。	
病歴・その他		
既往症	麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 百日咳 その他：	
予防接種	麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 その他：	
児童の性格	明朗 温順 わんぱく 泣く 我慢強い 几帳面 その他：	
かかりつけの医療機関		

○緊急連絡先

優先順	氏名	児童との続柄	電話番号	備考
1				
2				
3				

(1) 病気・怪我などが発生した場合、迎えの連絡を入れる方を記入してください。

(2) 日中連絡が付きやすい電話番号を記入してください。

【通信欄】

※児童クラブに連絡しておくことがあれば記入してください。