（表）

様式第１号（第５条関係）

**児童クラブ通所申請書 兼 児童台帳**（ 新規 ・ 継続 ）

平成　　年　　月　　日

（申請先）東御市長

（申請者名）　　　　　　　　　　印

児童クラブへ通所したいため、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 生年月日 | | | | 性　別 | 男・女 |
| 児童氏名 | |  | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | |
| 住所 | | 〒　 　　－ | | | | 連絡先 | 自宅電話 | | | | |
| 携帯電話(父) | | | | |
| 携帯電話(母) | | | | |
| 学校名 | | 小学校  　　　年　　　　組 | | | | 利用希望期間 | | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで | | | |
| 世帯の状況（本人以外） | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | 勤務先・学校等 | | | 勤務時間  (始業～終業) | 勤務先  電話番号 | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | | |
| 利用理由 | | ※該当する□にチェックを入れてください。  □就労　　　□疾病　　　□介護　　　□出産　　　□その他 | | | | | | | | | |
| 減免理由 | | □就学援助費受給世帯(受給中・申請予定)　　□第２子　　□第３子以降 | | | | | | | | | |
| お迎え | | 平日午後　　　　時　　　分頃  主にお迎えは＜　父　・　母　・　(　　　　　　　　　　)＞が行きます。 | | | | | | | | | |

**※裏面もご記入ください。**

(裏)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先以外の　緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

　※祖父母、親戚等を記入

児童の健康状態等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 血液型 | 型（ ＋　－ ） | | 平常体温 | | 度　　　分 |
| かかりつけの医療機関 | 医院名 | | 電話番号 | | |
| 身体状態 | □健康　　□病弱な面がある　　□病気（　　　　　　　　　） | | | | |
| 身体障害者手帳・療育手帳 | | | ない　　ある（　　　　　　　　　　） | |
| 特別児童扶養手当受給 | | | ない　　ある | |
| 特別支援学級（予定） | | | ない　　ある | |
| 保育園での加配対応 | | | ない　　ある | |
| アレルギー | 食品アレルギー | ない　　ある（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他アレルギー | ない　　ある（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他 | 職員に知らせておきたいこと等 | | | | |

確認事項　　※下記の内容をご確認いただき、□にチェックを入れてください。

　□　児童クラブには定員があり低学年を優先しますので、申請希望に添えない場合があります。

　□　この申請書の記載内容・添付書類が事実と相違する場合は、通所を取り消す場合があります。

　□　届出内容に変更が生じた場合は、速やかに事務局までご連絡ください。

　□　利用状況(児童クラブでは対応できない場合、利用日数が少ない場合)等によっては、退所していただく場合もあります。

　□　学校や関連機関から児童の生活状況等を把握させていただく場合もあります。