

放課後児童クラブ登録申込書

年 月 日

岩見沢市教育委員会教育長 様

保護者氏名

放課後児童クラブへの登録を次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	学年
児童の氏名		男・女	年月日	年生
住所	岩見沢市	学校名	岩見沢市立	小学校
電話番号				学舎

家族構成(同居者含む)

放課後児童 クラブへの 登録を必要 とする理由	該当するものに☑を付けてください。									
	<input type="checkbox"/> 保護者が就労のため	<input type="checkbox"/> 保護者が疾病又は看護等のため (入院期間等 年 月 日から 年 月 日まで)								
<input type="checkbox"/> 保護者が妊娠中又は出産後のため (出産(予定)日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> その他()									

登録希望期間 年 月 日 ~ 年 月 日

利 用 状 況 いざれかに必ず□を 付けてください。	<input type="checkbox"/> 每日利用する（月～土）		
	<input type="checkbox"/> 毎日利用しない	利用しない日に「○」	月・火・水・木・金・土
	<input type="checkbox"/> 学校長期休業期間のみ利用する	利用しない理由	

利 用 時 間	いずれかに必ず□を付けてください。		
	<input type="checkbox"/> 午後6時までの利用（負担金なし）	<input type="checkbox"/> 午後6時から午後7時までの利用（負担金あり）	<u>利用開始日</u> 年 <u>月</u> <u>日</u>

児童の状況について記入願います。

健 健 状 態 該当するものに□を付けてください。	持 病	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
	ア レ ル ギ イ	※注意事項等			
	常 備 薬	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		服用時刻	時頃
薬 の 内 容					
既 往 歴 等	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(歳頃) <input type="checkbox"/> 骨折(部位)、歳頃) <input type="checkbox"/> その他()				
障 が い 等 該当するものに□を付けてください。	□ 有	障がいの内容() 手帳等 <input type="checkbox"/> 有() 手帳～等級等 <input type="checkbox"/> 無 放課後等デイサービスなどの利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	□ 無				
習い事・放課後等デイサービス等	名称		場所	利用している曜日・時間	
				曜日 : ~ :	
				曜日 : ~ :	
				曜日 : ~ :	
				曜日 : ~ :	
				曜日 : ~ :	
備 考					

※放課後児童クラブ記入欄

登録処理期間 / ~ /	学年 年生	児童クラブ名	受付日 /
-----------------	----------	--------	----------