様式第１号（第６条関係）

児童クラブ入級申請書　（新規・継続）

 年 　　月　 　日

つくばみらい市教育委員会教育長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　保護者住所 | 　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| 保護者氏名 |  |

つくばみらい市放課後児童健全育成事業実施要綱第６条の規定により、児童クラブの入級を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 児童氏名 |  |  | 　　年　月　日 |
| 学校名 | 小学校　 | 学年 | 　　年　　　組※新学年を記入 |
| 希望する児童クラブ | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
| 申込理由（□にレしてください） | □就労のため　　□疾病のため　　□介護のため　　□出産のため□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入級希望期間（□にレしてください） | □ 通年（入級希望期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）□ 夏休み等の期間のみ（□４月 □７月 □８月 □１２月 □１月 □３月）□ その他（具体的に　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用日迎え時間（□にレして記入） |  | 迎え時間 |  | 迎え時間 |
| □月曜日 | 午後　　 時　　 分 | □火曜日 | 午後　　 時　　 分 |
| □水曜日 | 午後　　 時　 　分 | □木曜日 | 午後　　 時　 　分 |
| □金曜日 | 午後　　 時　 　分 | □土曜日 | 午後　　 時　 　分 |
| 迎えに来る人 | ① | 氏名 |  | 関係 |  | 勤務先からの所要時間 | 　　　時間　　分 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| ② | 氏名 |  | 関係 |  | 勤務先からの所要時間 | 　　　時間　　分 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| ③ | 氏名 |  | 関係 |  | 勤務先からの所要時間 | 　　　時間　　分 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先（優先度が高い順に記入） | ① | 氏名 |  |  関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 怪我・災害等の迎え | 可 ・ 不可 |
| ② | 氏名 |  |  関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 怪我・災害等の迎え | 可 ・ 不可 |
| ③ | 氏名 |  |  関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 怪我・災害等の迎え | 可 ・ 不可 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居の家族構成※申込児童を除く | 氏　　　　名 | 続　　柄 | 年　　齢 | 勤務先・学校名・学年等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| かかりつけの病院 | 病院名 |  | 電話番号 |  |
| 病院名 |  | 電話番号 |  |
| 病院名 |  | 電話番号 |  |
| 児童の状況 | 平熱 | 　　　　度　　　分 | 持　病 | 無 ・ 有（病名： 　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 無 ・ 有（原因食物等：　　　　　） | 服　薬 | 無 ・ 有（薬名：　　　　　　　　　） |
| 障がい手帳 | 無 ・ 有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 好きなこと得意なこと |  |
| 嫌いなこと苦手なこと |  |
| 普段の生活で気になること | 無 ・ 有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | ※連絡事項等があれば記入してください |
| 備考 | 前年度の在籍児童クラブ　　　（ 有 （　　　　　 　　　　　）　・　無 ） |
| 利用していた教育・保育施設　（ 有 （　　　　 　　　　　　）　・　無 ） |
| 同意事項 | つくばみらい市放課後児童健全育成事業(児童クラブ)の保護者負担金免除の審査に当たって、市教育委員会が決定した要保護又は準要保護認定の結果について、担当課職員が調査し、閲覧することに同意します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　保護者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※生涯学習課記入 | 児童番号 |  |
| 兄弟姉妹児童番号 |  |  |