

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)	<input type="checkbox"/> 就労のため <input type="checkbox"/> 疾病のため <input type="checkbox"/> 介護のため <input type="checkbox"/> 出産のため <input type="checkbox"/> その他()				
入級希望期間 (□にレしてください)	<input type="checkbox"/> 通年 (入級希望期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 夏休み等の期間のみ (□4月 □7月 □8月 □12月 □1月 □3月) <input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 月曜日	午後 時 分	<input type="checkbox"/> 火曜日	午後 時 分	
	<input type="checkbox"/> 水曜日	午後 時 分	<input type="checkbox"/> 木曜日	午後 時 分	
	<input type="checkbox"/> 金曜日	午後 時 分	<input type="checkbox"/> 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	度数分	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		