

放 課 後 児 童 ク ラ ブ 利 用 申 請 書

年 月 日

（あて先）大崎市長

〒

保護者住所

保護者氏名

下記のとおり、令和 年度 放課後児童クラブを利用したいので申し込みます。

利用希望児童クラブ名		放課後児童クラブ			
利用希望児童	ふりがな 氏 名	生年月日		小学校名	令和 年4月 現在の学年
	①	年 月 日		学校	年生
	②	年 月 日		学校	年生
	③	年 月 日		学校	年生
家庭の状況 ※利用希望児童以外の同居の家族全員分を記入	ふり 氏	がな 名	続柄	勤務先・学校等〔電話番号〕	
				〔電話番号〕	
				〔電話番号〕	
				〔電話番号〕	
				〔電話番号〕	
				〔電話番号〕	
利用形態	☐ 通年利用（利用期間 年 月 日から 年 月 日まで） （利用予定日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ）○で囲んでください。 ☐ 長期休業中のみ利用（ 学年始 ・ 夏季 ・ 冬季 ・ 学年末 ）○で囲んでください。				
	利用の理由 ☐ 昼間留守家庭になるため ☐ その他)				
送迎する方	①	②	③	送り時間（学校休業日等）	午前 時 分頃
				迎え時間（放課後等）	午後 時 分頃
緊急連絡先	氏 名（名 称）		続柄	電 話 番 号	備 考
	①				
	②				
	③				

家庭状況調査票

児童の状況

児 童 名	①	②	③
ア レ ル ギ ー	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
疾 病 等	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
障 が い の 有 無	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()	なし・あり(通常学級・支援学級) ↳障がい名()
手 帳 の 有 無	なし・身障・療育・精神・その他	なし・身障・療育・精神・その他	なし・身障・療育・精神・その他
発達に関する相談	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先：) (内 容：)	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先：) (内 容：)	・相談したことがない ・相談したことがある (相談先：) (内 容：)
かかりつけ病院	内科() 外科()	内科() 外科()	内科() 外科()
薬 の 服 用	なし・あり() 服用状況 (朝・昼・夕)	なし・あり() 服用状況 (朝・昼・夕)	なし・あり() 服用状況 (朝・昼・夕)
習い事 (曜日・時間)			
そ の 他	※児童クラブに伝えておきたいことをご記入ください。		