様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

多賀城市放課後児童クラブ使用申請書

多賀城市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 保護者

氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：(自宅)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （携帯）

放課後児童クラブの使用について、次のとおり申請します。

（※使用開始日時点の状況についてご記載ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| クラブ名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小学校放課後児童クラブ | | | | | | | | | | | | |
|
| 申込児童 | ふりがな | |  | | | 生年月日 | | 平成　　 年　　 月　　 日 | | | | |
| 児童氏名 | |  | | |
| 就学前の状況 | | □保育所（園）・幼稚園（名称: 　 ）  □在宅　□その他（ 　 ） | | | | | 性別 | 男・女 | | 学年  4/1時点 | 年生 |
| 使用期間 | | | 長期休業のみ  □春休み（年度始め）　□夏休み  □秋休み　　　　　　　　　□冬休み  □春休み（年度末） | | | 帰宅方法等 | | □ひとり帰り | | | | |
| □お迎え　午後　　 時 　　分頃 | | | | |
| 使用理由 | | | □保護者等が昼間就労している □母が出産の前後である □保護者等が疾病・負傷・障害を有している □保護者等が看護又は介護をしている □その他、上記に類する状態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 使用予定 | | | 週　 　　日 | 必ず使用する曜日：月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土  （○で囲んでください。） | | | | | | | | |
| 家族状況 （単身赴任も含む）※ | 続柄 | ふりがな  氏名 | | 年齢 | 勤務先・就学先 （学校名、学年） | | 勤務先・就学先  （連絡先） | | | 勤務・就学  （時間・日数） | | |
| 本人 |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |
|  |  | |  |  | |  | | | :　　　～　　　：  週　　　日 | | |

※家族状況欄は、申込者・申込児童も含む、全ての家族についてご記載ください。

裏面もご記載ください。

＜家庭調査票＞

【略図】　枠内に児童クラブから自宅までの略図を書き、通学路を**朱線**でなぞってください。

（地図貼り付け可）

|  |
| --- |
|  |

【児童について】　支援員がお子さんと関わる際の参考にしますので、必ずご記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童の特徴等特記事項（可能な限り、詳細にご記載ください） | |
| 疾病　：　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 児童の平熱　：　　　　　度 | 常用している薬： |
| 主治医（かかりつけ医）があれば記入してください。 | |
| 医院名：  TEL：　　　　　　（　　　　　　　） | 医院名：  TEL：　　　　　　（　　　　　　　） |
| 診断名が付いている障害等の有無　：　なし　・　あり　（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 学校の状況　：　通常学級　・　特別支援学級　（　知的 ・　情緒 ・ 肢体不自由 ・ 病弱 ・ 難聴　） | |
| 保育所等における障害児保育の状況　：　なし　・　あり | |
| 発達に関する相談の状況　：　なし　・　あり　（　継続中　・　終了　）  ＊ありの場合：相談先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  相談内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

【緊急連絡先】　児童の状況がわかり、迎えに来ることができる順にご記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名：  TEL： 　　 （　　　　　） | 氏名：  TEL： 　　 （　　　　　） | 氏名：  TEL： 　　 （　　　　　） |