

放課後児童健全育成事業利用申込書

年 月 日

大網白里市子育て交流センター長 様

住 所
保護者 氏 名
電 話

放課後児童健全育成事業を利用したいので、大網白里市放課後児童健全育成事業実施条例施行規則第6条第1項の規定により申し込みます。

なお、この申請に係る事務手続のため、世帯の納税状況、家庭状況について、大網白里市が調査することに同意します。

ふりがな					性 別	男・女	生年月日		
児童氏名								年 月 日	
児童の在学する学校	大網白里市立 小学校				学 年	年 組			
利用を希望する理由									
家族構成	続 柄	氏 名	年齢	職業	勤務先名及び電話番号 学校名（学年・組）				
児童の健康状態									
緊急連絡先 (携帯電話、職場可)	1. (氏名)		(続柄)	(番号)					
	2. (氏名)		(続柄)	(番号)					
	3. (氏名)		(続柄)	(番号)					
備 考	利用希望 該当する□にチェック <input type="checkbox"/> 通年利用希望 令和(6)年度 ↳ <input type="checkbox"/> 毎月の利用9日以下 <input type="checkbox"/> 土曜利用あり <input type="checkbox"/> 長期休業期間利用なし				長期休業期間のみ(夏休み等)の利用 <input type="checkbox"/> 令和(6)年春休み希望 <input type="checkbox"/> 夏休み希望・ <input type="checkbox"/> 冬休み希望 <input type="checkbox"/> 令和(7)年春休み希望				

学童保育室利用にあたっての調査票

児童氏名 ()

健康 状況 等	・保育時に十分配慮させていただきますので、必ず記入をお願いします。		
	① 健康状態	良好・不調	不調の場合（病名等）
	② 食べ物のアレルギー	無・有	食品名（ 症状等（アナフィラキシー・蕁麻疹・湿疹・嘔吐・下痢・咳）
	③ その他のアレルギー	無・有	具体的に（
	④ 特別支援の必要	無・有	診断名（
	⑤ かかりつけの病院	医院・病院 電話番号	
⑥ お子様についてご記入ください。（性格、好きな遊び、集団生活での心配事、伝えておきたいこと等） 就学前の状況：（ ） 保育園・幼稚園／自宅保育			
※学童保育室での面談時にも何かあればお伝えください。			
お 迎 え に つ い て	・お迎えする全ての方の氏名・続柄・電話番号を記入してください。 ※安全確保のため保育時間内に原則保護者の方のお迎えをお願いします。		
	氏 名	続 柄	電 話 番 号
	①		
	②		
	③		
・緊急時に、上記の方の代わりにお迎えを頼む方を記入してください。			
氏名 (続柄) 番号			
利 用 に つ い て	・学童保育室の利用予定等についてご記入ください。		
	①週の利用予定頻度（週 日程度利用）		
	②午後6時以降の利用（有・無）		
	③土曜日の利用（有・無）		
そ の 他	・その他、特に伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。		

以下事務処理欄

・誓約書⇒ 8時前登室 ・ 徒歩登室 ・ 降室（迎えにくる人：)