（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**学童クラブ加入申込書（兼児童台帳）**

佐久穂町長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 住所 | 〒（行政区名　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 保護者氏　名 |  |
| 佐久穂町学童クラブ等を利用したいので、次のとおり申し込みます。 |
| A利用する学童クラブ名 | 佐久穂クラブ　　　　・　　　　しらかばクラブ |
| 利用区分 | 新　規　　・　　継続変更(すでに登録している児童は継続変更としてください。)　 |
| 利用開始 | 令和　 年　　月　　日　～　 |
| 加入児童 | フリガナ氏名 |  | 血液型　　型 | 生年月日 | 平成　　年　　　月　　　日生令和 |
| （男・女） |
| 学校名及び学年 | 小学校年　　組**(4月～の学年を記入)** |
| Ｂ利用希望 | ※該当する箇所にチェック、または記入をしてください。　* 通年利用　　　１年間を通して毎月おおむね５日以上利用する予定の児童は「通年利用」としてください。

□利用頻度　　週に　　日程度　　　又は　月に　　日程度・主に利用する曜日/　　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土・曜日以外の利用方法があれば記載/（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　□長期休業も利用する/（利用する長期休業に○をして下さい）夏休み・冬休み・春休み* 短期利用　　　「通年利用」以外の方は「短期利用」としていただき、利用予定を記入してください。

（時々利用する児童）　□長期休業期間中のみ利用/　　夏休み　・　冬休み　・　春休み□週に　　　日程度利用□必要な時に利用/（利用頻度として１年間を通して毎月概ね５日未満の方など） |
| 料用利 | 利用料についてご記入ください。　　　□通年利用料（12,000円）　　　□短期利用料※上の欄の「利用希望日」でチェックした「通年利用」または「短期利用」とあわせてください。 |
| Ｃ学童から直接通う習い事 | 学童クラブから直接通う習い事がある場合は記入してください。 |
| 曜　　日 | 　　　　時　　間 | 　　　習い事などの内容 | 習い事先の名称 |
| 　 　 曜日 | :　　〜　　: |  |  |
| 　　　　曜日 | :　　〜　　: |  |  |
| **加****入****児****童****を****除****く**同居家族の状況 | 氏　　名 | フリガナ | 続柄 | 加入理由番号 | 勤務先・学校名（学年）等 | 勤務時間 |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
|  |  |  |  |  | ：　　～　　： |
| 加入の必要な理由 | **※上の「加入理由番号」には学童クラブを利用する理由を世帯員ごとに、下の番号から選んで記入**してください。１　就労のため（家庭外労働・家庭内労働・農業等を含みます。）２　病気やケガの療養中のため３　障がいあるいは介護状態にあるため４　産前産後（産前、産後とは出産（予定）日のおおむね３ヶ月前後）のため５　現在求職活動中のため６　同居家族または別居親族の看護や介護のため７　修学中（学生）のため（加入児童の兄弟が保育園児や学生である場合も「７」とします。）８　その他（「その他」の場合は理由を下にご記入ください。）　　（その他の理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　裏面へ |

**１　加入児童の健康状態等について**

　　心配ごとや伝えておきたい事柄の有無

□　有　（有の場合は下にご記入ください）　：　□　無（無の場合は「２　緊急連絡先」へ）

|  |
| --- |
| ◎下に該当する場合は（　　）内に「○」をしてください。（　　）特別支援学級・養護学校に通学中（予定を含む）　　　（　　）療育手帳　A・B　　（　　）保育園又は幼稚園で加配の保育士がいた　　　　　　　（　　）身体障害者手帳　　級（　　）特別児童扶養手当を受給している　　　　　　　　　　（　　）精神障害者保健福祉手帳　　級 |
| ◎児童の様子や特性、それに対する対応方法についてご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 健康状態の心配ごと(アレルギーや持病等)、かかりつけ医があるときは記入をしてください。**※エピペンを所持している場合、加入をお断りすることがありますのでご了承ください。** | 1. アレルギー（食物など）　　※　エピペンの所持（　有　・　無　）
2. 持病
3. その他
4. かかりつけ医

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|

**２ Ｄ 緊急連絡先（緊急時に必ず対応できる連絡先を優先してご記入ください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 順番 | 　　 | 続柄 | 連絡先 |
| 連絡先　１番 |  |  |  |
| 連絡先　２番 |  |  |  |
| 連絡先　３番 |  |  |  |

**３　同居家族以外で児童の送迎をされる方がいる場合はご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続柄 | 連絡先 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※送迎時には、必ず入退室記録システム（ゲートウォッチャー）のQRコードをお持ちください。**

* 以下は記入しないでください。

|  |
| --- |
| こども課　記載欄 |
| 受付け | 記載内容確認　　〔　済　・　未　〕 | 備考 |
| 関係機関との調整等の必要性〔　無　・　有　〕 |
|  |