

20 年 月 日

学童保育クラブ・旭ヶ丘利用申請書(短期)

旭ヶ丘母子ホーム
学童保育クラブ・旭ヶ丘 施設長

申請者氏名(保護者) _____ (印)

下記の内容で、学童保育クラブを申請いたします。

1. 利用についての申し込み

フリガナ		男・女	利用開始希望月	月
児童氏名			通学(予定)学校名・学年(4月時点)	
			小学校	
生年月日	平成 年 月 日		新	年生
住所	(〒 -)			
	北貝塚小学校: <input type="checkbox"/> 学区内 <input type="checkbox"/> 学区外	電話番号:	-	-
申し込みについて	①他の子どもルームに同時申請している <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(子どもルーム)			
	②当学童に兄弟姉妹がすでに入会している <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(氏名: : 年)			
	③申請理由 <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> その他(

2. ご家族連絡先(電話番号横に①、②と優先順位の記入をお願い致します。)

母	携帯番号:	-	-	順
父	携帯番号:	-	-	順
その他	連絡先:	-	-	順

※緊急時にお電話させていただく場合もあります。必ず対応できる電話番号の記入をお願いいたします。

3. 保育機関

年 月 日 ~ 年 月 日

記入漏れがないかご確認の上、裏面へお進み下さい。

受付日	担当者	主任	施設長
年 月 日			

健康・生活状態申告欄

記入日： 年 月 日 記入者氏名：

児童を安全にお預かりする際の参考とさせていただきますので、必ずご記入ください。

1 利用を希望される児童についてお答えください。

(1) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。

(できる ・ 部分的に介助 [] ・ 全て介助)

(2) 介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。

(できる ・ 部分的に介助 [] ・ 全て介助)

(3) ①慢性疾患をお持ちですか。 ※ 「はい」 の場合は、②もお答えください。

(いいえ ・ はい [疾患名：])

②小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。

※認定を受けている場合は、受給者番号が分かるものの写しを提出してください。

(いいえ ・ はい 受給者番号 [])

(4) ①食物アレルギーはありますか。 ※ 「はい」 の場合は、②もお答えください。

(いいえ ・ はい [原因食物：])

②アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）の処方を受けていますか。

(いいえ ・ はい)

(5) 日頃から服薬している薬などはありますか。

(いいえ ・ はい [疾患名] [薬の名称])

(6) 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、または療育手帳をお持ちですか。 ※手帳の写しを提出してください。

(いいえ ・ はい 身体障害者手帳 [級]、精神障害者保健福祉手帳 [級]、療育手帳 [程度])

(7) 発達障害者等の診断を受けたことがありますか。 ※ 「はい」 の場合は、医師の診断書を提出してください。

(いいえ ・ はい 診断名 [] 診断機関 [])
診断日 [年 月 日]

※心身に障害等があるお子さまについては、(7)、(8)にお答えください。

(7) 小学校から学童保育への移動に介助が必要ですか。

(必要ない ・ 必要 [])

※学童保育の職員によるお迎えは、児童の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。

必ずしも実施できるようなものではありません。

(8) 医療行為（経管栄養やたんばく質の吸引等）が必要ですか。

(いいえ ・ はい [])

※学童保育の職員は医療行為を行えません。

※学童保育で生活をする上で支障がある場合は、受け入れができない場合もございます。

また、お子さまを安全に受け入れる体制が整うまで、ご利用をお待ちいただく場合もございますのでご了承ください。

2 健康面や生活面で気になること、あらかじめ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。

記入は以上で全て終了になります。ご協力ありがとうございました。