

(福)ねむの木福祉会
児童クラブ利用申込書兼児童台帳

20 年 月 日

〒 _____
住所 _____
申請者名 _____
(保護者名) 名前 _____ [印省略]
電話 _____

20 年 月 日より、児童クラブ利用を申込みます。〔児童の愛称は、児童が日常呼んで欲しい名称をご記入ください。〕

ふりがな 児童名		児童の愛称	生年月日	20 年 月 日 (歳)
			血液型	A B O AB RH (+-) 型 その他() 不明
学校名・学年	小学校		学年 (利用予定時の学年)	
出身園	保育園/認定子ども園/幼稚園/その他			

■家庭状況〔申込み児童は除く〕

	ふりがな 名前	続柄	生年月日(西暦)	勤務先〔子どもは、学校等の名称記入〕	備考
同居家族(単身赴任者含む)			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

緊急連絡先	第一連絡先	ふりがな 名前		第二連絡先	ふりがな 名前	
		電話	- -		電話	- -
		勤務先	() -		勤務先	() -
		メール			メール	

申請理由

新しく児童クラブへの利用を希望している

転籍を希望している

継続を希望している

その他()

希望クラブ

あおぞら児童クラブ 大輪児童クラブ キッズ内中原

※あおぞら及び大輪児童クラブを希望する母衣小、城北小及び附属義務教育学校の児童はクラブの受入状況により、希望先を二つのクラブで調整させていただく場合もございます。予めご了承ください。

事前申告事項	■アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 有の方で緊急時の処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン)〕															
	■病気 (持病) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔病名 _____ 医院 _____ 〕 〔服用している薬 _____ 〕															
	■過去の病気 <input type="checkbox"/> 入院〔病名 _____ 〕 _____ 年 月 ~ _____ 年 月頃 <input type="checkbox"/> 手術〔病名 _____ 〕 _____ 年 月 ~ _____ 年 月頃 <input type="checkbox"/> 後遺症等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 _____ 〕															
	■かかりつけ医院 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">◆小児科</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">◆整形外科</td> <td></td> <td style="text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">◆耳鼻科</td> <td></td> <td style="text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">◆歯科</td> <td></td> <td style="text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">◆その他</td> <td></td> <td style="text-align: center;">☎</td> </tr> </table>	◆小児科		☎	◆整形外科		☎	◆耳鼻科		☎	◆歯科		☎	◆その他		☎
	◆小児科		☎													
	◆整形外科		☎													
	◆耳鼻科		☎													
◆歯科		☎														
◆その他		☎														
■支援を要する特性 〔病院〕 _____ 〔担当医〕 _____ 〔診断名〕 _____ 〔配慮すべき特性〕 _____																
■その他 ※児童に配慮すべき事項や家族環境等に配慮すべき事項がございましたらご記入ください。																
■通所方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> ファミリーサポート <input type="checkbox"/> その他(_____)																

※保険証（健康保険被保険者証）添付欄〔保険証の写しをここに添付してください。〕

※入所決定後に添付してください。