

平成30年度 せいりょう園キッズクラブ利用申込書

申込者

申込日

平成 年 月 日

住所	〒 -
ふりがな	
保護者名	

せいりょう園キッズクラブの利用に際して、利用のしおりを遵守することに同意の上、以下のとおり申し込みます。

利用希望児童	ふりがな				性別	生年月日		
	名 前				男・女	平成 年 月 日		
	在籍学校名	小学校	学年 (30年度)	年	利用希望開始日 平成 年 月 日			

○同居の家族

同居の家族の状況 (利用希望児童を除く)	ふりがな	利用児童との続柄	生年月日	勤務先、学校等	電話番号(勤務先/携帯)
	名 前		大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -
			大昭平 年 月 日		(勤務先 ・ 携帯) - - -

○上記の欄以外の祖父母がいる場合について

同居以外の祖父母の状況	名 前		区分	住所	電話番号	
	父方			祖父		- - -
				祖母		- - -
	母方			祖父		- - -
		祖母		- - -		

(裏へ続く)

○緊急連絡先等について（緊急時は優先順①の連絡先から順番に連絡します）

緊急連絡先	優先順位	名前	利用児童との続柄	住所（自宅/勤務先/祖父母宅等）	電話番号
	①				- - -
	②				- - -
	③				- - -
	④				- - -

※発熱・ケガなど急を要する場合に必ず連絡がとれる電話番号をご記入下さい。

○児童の送迎について

名前： (児童との続柄：)	名前： (児童との続柄：)
名前： (児童との続柄：)	名前： (児童との続柄：)

○利用希望児童の健康状態等について

利用希望児童の健康状態等	1 日常生活で気をつけることはありますか 無 ・ 有（内容： ）		
	2 アレルギーはありますか 無 ・ 有（内容： ） ※食物アレルギーがある場合は、おやつへの配慮、かかりつけ医等の詳細を利用時に確認させていただきます。		
	3 児童に障害がある場合 (1) 障害者手帳の交付を受けていれば、ア～ウに○		
	ア 身体障害者手帳 有 []	イ 療育手帳 有 []	ウ 精神障害者保健福祉手帳 有 []
	(2) 児童の障がいなどの状況及び配慮が必要なことについて、ご記入ください。		

○その他、キッズクラブの利用（集団生活）にあたり、気になること等があればご記入下さい。

※以下事業所記入欄

受付日	年 月 日	
利用開始日	年 月 日	
受付 No.		