古館ヤンチャークラブ

　　所長　　石　幡　　信　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　紫波町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　-　　　　　　　-

令和５年度紫波町放課後こどもクラブ事業『古館ヤンチャークラブ』利用申込書

下記の通り古館ヤンチャークラブの利用を申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童氏名 | 性別 | 生年月日 | 学校名 | 新学年 |
| ふりがな | 男　/　女 | Ｈ　　年　　月　　日 | 古館　小学校 | 新　　　年 |
|  |
| 古館こどもの家の申請状況 | 申請している　・　申請していない　 |
| 利用月 | ~~４月・５月・６月・７月・８月・~~９月・10月・11月・12月・１月・２月・３月 |
| 利用曜日 | 月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　不定期 |
| 世帯構成 | 世帯員氏名 | 続柄 | 勤務先、職業又は学校名(学年) | 勤務時間など |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急連絡先 |  | 携帯電話　　　-　　　- | 職場等(　　　　　　　　　　　　　)　　　-　　　-　　　　(内線　　　) |
|  | 携帯電話　　　-　　　- | 職場等(　　　　　　　　　　　　　)　　　-　　　-　　　　(内線　　　) |
|  | 携帯電話　　　-　　　- | 職場等(　　　　　　　　　　　　　)　　　-　　　-　　　　(内線　　　) |
| 児童の健康状態 | ●健康状態　　　　　　□特記事項なし　□特記事項あり（病名：　　　　　　　　　　　　　）●発育の気になる点　　□なし　　□あり（診断：有・無　　診断名：　　　　　　　　　　　）●障がい者(療育)手帳 　□なし　　□あり（手帳名：身体・療育　　級）●通級学級　　　　　　□通常学級　　□特別支援学級●食物アレルギー　　　□なし　　□あり（アレルギーの種類、症状　　　　　　　　　　　　）●その他、より配慮が必要な場合や伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

※この情報が児童の入所選考に影響されることはありません。また、当事業の目的以外には使用しません。