

提出日を記入してください。

令和 年 月 日

香南市長 様

保護者

住 所:

〒 781-5232

香南市野市町西野\*\*\*\*

こども課から連絡をしてお構いのない方を記入してください。

氏 名:

香南 大輔

連絡先:

090-\*\*\*\*-\*\*\*\*

受 付 印

野市小学校 / 佐古小学校 / 野市東小学校 / 若杉 / 夜須はーと ) 児童クラブへの入会について次のとおり申し込みます。

※野市小学校の児童クラブについては、入会決定通知にて第一、第二、第三、第四いずれへの入会かを通知します。

※佐古小学校の児童クラブについては、入会決定通知にて第一、第二いずれへの入会かを通知します。

※野市東小学校の児童クラブについては、入会決定通知にて第一、第二いずれへの入会かを通知します。

○入会を希望する児童

ふりがなを記入してください。

ふりがな 児童氏名	生年月日	性 別	小学校名	学 年 (R8. 4. 1時点)
こうなん はると				
香南 陽翔	2019年 5 月 1 日	男	野市 小学校	1 年
入会希望理由	1. 保護者等が就労により放課後に児童を保育することができないため 2. その他 ( )			
利用希望日数	1 週間 (開設日数 5 日) あたり 約 5 日 利用予定	小学校入学前の 在籍所園名	〇〇保育所	
利用希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 第一土曜日利用希望 <input checked="" type="checkbox"/> 学校のある日の延長保育利用希望			
アレルギー	※有の方はアレルギー、症状などを記入してください 無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 【例】 卵 畳 ハウスダスト 喘息 アレルギー性鼻炎			
該当する場合は □にレ点を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳又は療育手帳の交付を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している <input type="checkbox"/> 公的機関等により障がいがあると認められている <input type="checkbox"/> 小学校の特別支援学級に在籍している (在籍する予定) <input type="checkbox"/> 小学校の通常の学級に在籍しているが、通級による指導を受けている (受ける予定) <input type="checkbox"/> 小学校で医療的ケアを必要としている (必要とする予定)			
集団生活を送るうえで配慮や支援等が必要な場合記入 (例: 疾患や気かりなこと等)	* (ここへ記入しにくい場合は支援員及びこども課にお話してください) 【例】 ・ 自閉症スペクトラム症 言語発達遅滞 〇〇病院通院中 ・ 受診はしていないが、落ち着きがなく衝動的な行動をとる場合がある。			
<input checked="" type="checkbox"/> ... 個別にお話	年齢に関わらず同居されている方全員を記入してください。			

ふりがなを記入してください。

入会希望児童を除く世帯全員 (同居を含む) のことについてご記入ください。6 人以内。

交通渋滞等は、加味しないで記入してください。

ふりがな 氏 名	続 柄	生年月日 (西暦)	携帯電話番号	勤務先名・学校名等	勤務先電話番号	通勤時間 (片道)
こうなん だいすけ 香南 大輔	父	1985年1月1日	090-****-****	〇〇産業(株)	088-***-****	1 時間
こうなん えみ 香南 絵美	母	1990年2月1日	090-****-****	〇〇病院	0887-**-****	15分
こうなん ひまり 香南 陽葵	姉	2015年3月1日		〇〇小学校		
こうなん りん 香南 凜	妹	2023年4月1日		〇〇保育所		
こうなん たらう 香南 太郎	祖父	1955年5月1日	080-****-****			