



つばさ子どもクラブ  
入会申込書

(代表者職氏名) 理事長 大井 和子様

西暦 年 月 日

お子様のお顔が判るお写真を  
お貼りください。  
(スナップ写真でも結構です。)

(保護者署名)

記入日をお書きください。

保護者様の住所・氏名・電話番号を  
ご記入ください。

住所 〒

氏名

電話 ( )

次のとおり放課後児童クラブへの2022年度入会を申し込みます。なお、入会にあたっては、運営者の関係事項を守り、指示に従います。

【1】基本情報

ふりがな				性別	男 ・ 女	お子様についてご記入ください。
氏名						
生年月日	西暦 年 月 日					
ご住所	〒 ( ) ※必ずマンション名までご記入ください。			ご連絡が取りやすい曜日と時間帯をご記入ください。		
電話番号	自宅 ( )	-	連絡可能日時			
	携帯 ( )	-	曜日 ( )			
	お子様の携帯 ( )	-	時間 ( )			
Mail	同居されているご家族についてご記入ください。					

【2】保護者・世帯情報及び連絡先情報

ふりがな 氏名	続柄	勤務先・部署・学校等の名称・所属・学年 所在地・電話番号等・緊急連絡先	労働等により昼間不在等となる 曜日・週日数	雇用形態
		( )	月・火・水・木・金・土・日 不定期( 日)	正社員・契約社員・派遣社員 パート/アルバイト その他( ) 就労時間 週 時間 残業時間 週 時間
		( )	月・火・水・木・金・土・日 不定期( 日)	正社員・契約社員・派遣社員 パート/アルバイト その他( ) 就労時間 週 時間 残業時間 週 時間
		( )	月・火・水・木・金・土・日 不定期( 日)	正社員・契約社員・派遣社員 パート/アルバイト その他( ) 就労時間 週 時間 残業時間 週 時間
		( )	月・火・水・木・金・土・日 不定期( 日)	正社員・契約社員・派遣社員 パート/アルバイト その他( ) 就労時間 週 時間 残業時間 週 時間
		( )	月・火・水・木・金・土・日 不定期( 日)	正社員・契約社員・派遣社員 パート/アルバイト その他( ) 就労時間 週 時間 残業時間 週 時間
緊急連絡先(優先順) 氏名・電話番号	1. 氏名 ( )		2. 氏名 ( )	

勤務先等について詳しくご記入ください。ごきょうだいがいらっしゃる場合は年齢・学年をお忘れないうご記入ください。

昼間不在等となる曜日に丸を付けて下さい。

雇用形態に丸をつけ、就労・残業時間をご記入ください。

緊急連絡先を優先順にご記入ください。

【3】

入会申込の理由	就労 ・ 疾病 ・ 障害 ・ 介護 ・ 災害 ・ 妊娠		
入会希望日	西暦 年 月 日		
利用コース	スタンダード週5 ・ スタンダード週2 ・ スポット		
	利用希望曜日(月・火・水・木・金)	土曜日利用予定 有り・無し	
利用予定時間	午前 時 分 ~ 午後		利用コースに○をつけ、スタンダードコースの方は利用予定曜日と週の利用日数をご記入ください。(週1~2の方は週2コース 週3~5回の方は週5コースとなります)
特記事項欄			

【つばさ子どもクラブ処理欄】

受付日		受付担当者	須田 正人
書類受領日		保育状況に関する特記があればご記入下さい。	長期休業時を含めクラブの最長利用予定時間をご記入ください。
備考			

(備考) 記名・押印で署名に替えることができる。

【4】 補足情報

学校名	小学校	出身園	(保育園・幼稚園)
-----	-----	-----	-----------

受験・学区変更などの可能性がある場合は【5】Q6に記入をお願いします。

転園履歴などがあれば含めてご記入ください。

【5】 お子様の健康状態についてお知らせください。

血液型	型 Rh	平常体温	℃
-----	------	------	---

Q1. 現在治療中の怪我や病気はありますか。(ある場合は具体的な怪我、病気の名称や注意事項をご記入ください)

A. はい・いいえ

(具体名: 時期: )

不明の場合は記入なしで結構です

Q2. 現在服用している薬はありますか。(ある場合は具体的な薬品名、服用量をご記入ください)

A. はい・いいえ

(具体名: 服用量及び時刻: )

Q3. アレルギー(薬・食べ物・動植物等)、食べ物制限、乗り物酔い、湿疹(アトピー等)、また、喘息などお持ちですか。

A. はい・いいえ

(具体名: 時期: )

Q4. 過去に大きな怪我や病気をしたところはありますか。(ある場合は具体的な怪我、病気の名称や時期をご記入ください)

A. はい・いいえ

(具体名: 時期: )

Q5. 小学校入学前に各種予防接種を受けていますか。受けているものにチェックして下さい。

- BCG  三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)  麻しん風しん(生後12~24ヶ月)  麻しん風しんII(小学校入学前の1年間)
- 流行性耳下腺炎(おたふく風邪)  日本脳炎 ※学級閉鎖になった場合、予防接種が利用の条件になる場合がございますので、ご了承ください。

Q6. その他、お子様についてクラブが知っておくべきこと、職員に対して希望されていることや気にかけて欲しいことをご記入ください。

--

活動中、万が一怪我や病気があり、クラブ職員が病院へ連れて行った際、諸々の検査を許可し、搬送先は一任することに同意します。



指定病院名	※搬送先の指定病院がある方はご記入ください。	留意点	病院連絡先
肖像権	クラブで撮影した画像や動画を、クラブ保護者向けに公開しております。お子さんの顔が認識できる内容に関して当てはまる方に「O」をご記入ください。	使用を許可する	使用を許可しない

【6】 自宅からクラブまでの略図 ※プリントアウトした略図可

--

手書き・地図アプリで印刷したものを貼ったもの、どちらでも可。おおまかな略図で構いません。

<所要時間> 徒歩 分 バス 分 電車 分 計 分

【7】 児童の状況に変更が起きた場合はこちらに記載をお願いします。

児童の状況に変更はありません	(自署・日付)
	(自署・日付)
	(自署・日付)
	(自署・日付)