

令和 年度

放課後子どもスクール 미래の木
利用申込書(単発利用)

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女
児童氏名		
生年月日	年 月 日	
自宅住所	〒	
通学小学校名	学年	
	小学校	年 組

保護者氏名	父	連絡先 電話番号	自宅	☎	()
	母		父携帯	☎	()
会社名・ 電話番号	父		母携帯	☎	()
	母		その他()	☎	()

※()内に連絡の優先順位1~6を入れてください。

連絡先メールアドレス	(PC・携帯・その他())
------------	----------------

※こちらのメールアドレスに、日報とお子様の登所・降所時刻のお知らせが届きます。

利用開始希望年月	年 月 より利用希望
----------	------------

希望する保育すべてに○をつけて下さい。 ※18:00以降の降所については、保護者のお迎えが必要です。

曜日を指定して 利用する場合	平日延長利用 (18:00~19:00)	土曜日利用 (8:00~17:00)	土曜日延長利用 (17:00~18:00)	長期休み利用 (8:00~17:00)	長期休み延長利用 (17:00~18:00)
月・火・水・木・金					

その他の連絡事項(本申込時点で利用日が決まっている場合は以下にご記入ください)

--

児童を安全にお預かりする際の参考とさせていただきますので、必ずご記入ください。

(心身の障害等で、特別な支援・配慮が必要な児童のご利用に際しては、利用開始後の児童の生活や職員のサポートについてご相談するための事前面談を実施します。)

1 利用を希望される児童についてお答えください。

(1) 食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。

(できる・部分的に介助[]・全て介助)

(2) 介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。

(できる・部分的に介助[]・全て介助)

(3) ①慢性疾患をお持ちですか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ・はい[疾患名:])

②小児慢性特定疾病の認定を受けていますか。

※認定を受けている場合は、受給者番号が分かるものの写しを提出してください。

(いいえ・はい 受給者番号[])

(4) ①食物アレルギーはありますか。※「はい」の場合は、②もお答えください。

(いいえ・はい[原因食物:])

②アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)の処方を受けていますか。

(いいえ・はい)

(5) 身体障害者手帳または精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。

※「はい」の場合は、手帳の写しを提出してください。

(いいえ・はい 身体障害者手帳[級]、精神障害者保健福祉手帳[級]、療育手帳[程度])

(6) 発達障害等の診断を受けたことがありますか。※「はい」の場合は、医師の診断書を提出してください。

(いいえ・はい 診断名[] 診断機関[])

診断日[平成 年 月 日]

※ 心身に障害等があるお子さまについては、(7)、(8)にお答えください。

(7) 小学校から子どもルームへの移動に介助が必要ですか。

(必要ない・必要[])

※子どもルームの職員によるお迎えは、児童の状況等を勘案し、実施可能かどうか判断します。

必ずしも実施できるものではありません。

(8) 医療行為(経管栄養やたんの吸引等)が必要ですか。

(いいえ・はい[])

※子どもルームの職員は医療行為を行えません。

※子どもルームで生活をする上で支障がある場合は、受入れが出来ない場合もございます。

また、お子様を安全に受入れる体制が整うまで、ご利用をお待ちいただく場合もございますので
ご了承ください。

2 健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。

()