

別記様式第1号(第5条関係)

関市留守家庭児童教室入室許可申請書

令和 年 月 日

関市長様

次のとおり関市 _____ 小学校区 留守家庭児童教室に入室したいので申請します。
なお、この申請の内容について課税台帳等により確認されることを承諾します。

保護者	住所	〒 -				
	(ふりがな) 氏名	()				
	電話番号	<自宅TEL>		<携帯TEL>		
	緊急時の連絡先 ・氏名 ・児童との関係 ・電話番号	①氏名 ・関係()・TEL ②氏名 ・関係()・TEL				
入室児童	(ふりがな) 氏名	生年月日等			心身の状態	
	()	年 月 日 (学年) 年生			※配慮が必要な場合は裏面に詳しく記入をお願いします。	
入室児童の同居家族 (単身赴任者も含む) ※本人以外を記入	氏名	児童との続柄	年齢 (利用開始時)	勤務先名称及び 所在市町村名	勤務先 電話番号	就 労 時 間
						: ~ :
						: ~ :
						: ~ :
						: ~ :
						: ~ :
★兄弟姉妹の 申込み状況 (入室者)		氏名	学年	氏名	学年	

●ご利用される日・利用希望時間に○印を記入して下さい。

	3/27 (金)	3/30 (月)	3/31 (火)	4/1 (水)	4/2 (木)	4/3 (金)	4/6 (月)	計
利用日								日
利用希望時間	7:30 ・ 8:00 ～ 17:00 ・ 18:00 ・ 18:30 ・ 19:00							

※7時30分からの利用は、追加料金がかかります。

裏面もご記入ください

●児童の健康状態等

(下記に該当する場合や、特別に配慮、支援が必要な場合はこちらも記入してください。)

食物アレルギーの有無	無 ・ 有	食物名等 食べてはいけないおやつ 医師の内服薬の処方 有 ・ 無 エピペンの所有 有 ・ 無
障がい・疾病の有無	無 ・ 有	診断名 受診医療機関 服薬中の薬の有無 有 ・ 無
手帳等の有無	無 ・ 有	※有の場合は手帳等の写しを添付してください。 【身体】 級 【療育】 A ・ B 【精神】 級
特別支援学級の在籍	無 ・ 有	学級名()
留守家庭児童教室で特に注意してほしいこと（特別な配慮、支援が必要な場合）		

※特別な支援が必要と思われる児童の入室については、集団活動ができることが前提であり、入室する児童教室の受入態勢を整える必要があるため、保護者と相談して入室を決定します。

※適切な指導を行うため、児童について生活状況等を小学校等各関係機関に照会することがあります。

留守家庭児童教室入室に関する確認書

- 1 決められた利用時間を必ず守ること。
- 2 保護者は、仕事が終わる次第、すぐに児童教室に迎えに来ること。
- 3 保護者等が仕事が休みの日は、児童教室の利用はできないこと。
- 4 使用料を必ず納付期限までに納めること。
- 5 児童を保育できる同居の祖父母等がないこと。(利用開始時点で65歳以上の祖父母は除く)
- 6 集団活動をし、管理・運営上の妨げになる行動をしないこと。
- 7 児童教室の利用が不要となった場合は、すみやかに「退室届」を提出すること。

上記を守り、留守家庭児童教室を正しく利用します。守れない場合、市からの退室決定通知を受けたときは、それに従います。

関市長 様

令和 年 月 日

保護者氏名