

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。また、留守家庭児童教室の運営を事業者に委託している教室に入室する場合、委託事業者に対し、利用申請書等に記載した情報を共有し、運営に必要な範囲において利用することに同意します。

保護者	住所	〒 -				
	(ふりがな) 氏名	()				
	電話番号	<自宅TEL>		<勤務先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	
	()	平成・令和 年 月 日 (R8入室時の学年) 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。	
同居家族等(単身赴任者も含む)の入室児童	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	氏名	学年	年	氏名	学年	年

※なお、入室許可申請書は、児童毎に提出が必要です。

●ご利用される曜日・利用希望時間に○印を記入して下さい。

	月	火	水	木	金	計
利用日						週 日
利用希望時間	7:30・8:00～17:00・18:00・18:30・19:00					

※利用時間に関わらず、就労時間終了後、すみやかに迎えに来てください。

※保護者等が仕事が休みの場合は利用できませんのでご了承ください。

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 受信医療機関 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(予定)	無・有	学級名()
通園していた保育園・幼稚園名 (新一年生のみ記入)		
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保育園、幼稚園、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

- 決められた利用時間を必ず守ること。
- 保護者は、仕事が終わり次第、すぐに児童教室に迎えに来ること。
- 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。
- 使用料の支払いは口座振替とし、滞納しないこと。
- 同居または同一校区内に児童を保育できる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)
- 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。
- 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
