

入 所 児 童 調 査 票

令和6年度 ○○○○ 児童クラブ

記入例

利用内容 (該当に○)	通 年	春休み4月	夏休み	冬休み	春休み3月
○					

児 童	ふりがな	さかい はるこ		生年	平成	29年	4月19日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏 名	坂井 春子		月日	令和				
	住 所	〒919-0592 坂井市坂井町下新庄1-1							
	自宅TEL	0776-50-3088							
	学 校 名	東十郷 小学校 1 年 (新学年を記入) 通常学級 ・ 支援学級							

緊 急 連 絡 先 等 名 簿	続柄	氏 名	連 絡 先	連絡先の 優先順位	迎え人の 優先順位
	父	坂井 太郎	・携帯 (090-xxxx-xxxx) ・勤務先名 (株式会社 坂井新聞) 電話番号 (0776-xx-xxxx)	⑤	④
	母	花子	・携帯 (080-xxxx-xxxx) ・勤務先名 (坂井市役所) 電話番号 (0776-xx-xxxx)	① ②	①
	祖父	正一	・携帯 (090-xxxx-xxxx) ・勤務先名 () 電話番号 () ・自宅 (0776-xx-xxxx)	⑥	②
	祖母	桜子	・携帯 (080-xxxx-xxxx) ・勤務先名 (株式会社 丸岡出版) 電話番号 (0776-xx-xxxx) ・自宅 (0776-xx-xxxx)	③ ④	③
			・携帯 () ・勤務先名 () 電話番号 () ・自宅 ()		
			・携帯 () ・勤務先名 () 電話番号 () ・自宅 ()		

かかりつけ病院	①	病院名 ○○小児科	電話番号 xx-xxxx
	②	病院名 ○○病院	電話番号 xx-xxxx

(裏面もあります)

児童の健康状態等

健康状態・持病に関する特記事項	通院中の病気・既往歴（病名等） 気を付けてほしいこと（鼻血が出やすい・・・など） 平熱 36度5分
食物アレルギー	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 エピペンの処方 <input checked="" type="radio"/> 無・有 原因となる食物（卵・牛乳・ <input checked="" type="radio"/> 小麦・ソバ・ピーナッツ・大豆・ゴマ・その他）
薬の服用	<input checked="" type="radio"/> 無・有 服用状況（朝・昼・夕）
障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 無・有 障害者手帳の種類（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳）
障害福祉サービスの利用	<input checked="" type="radio"/> 無・有（利用状況）
発達に関する相談	<input checked="" type="radio"/> 相談していない・相談している（相談機関： 診断を受けている場合（診断名：
その他	【指導員に伝えておきたいことがあれば自由にお書きください】 ※集団生活を送るうえで配慮を要すること、おやつのこと、遊びに関する事など何でも結構です。 トイレが上手にできない・・・など

※この調査票は、指導員が児童を保育するうえで、他の児童との関わりやアレルギー・傷病への対応、児童の状況を把握するためのものです。放課後児童クラブ利用のために使用し、それ以外に使用することはありません。

承 諾 書

1. 放課後児童クラブ入会后、児童の状況等について、必要と判断された場合には、坂井市放課後児童クラブ担当職員並びに指導員と面談を行うこと。
2. 家庭で保育が可能となった場合、退会又は休会すること。
3. 申請に虚偽が判明した場合、異議なく退会すること。
4. 放課後児童クラブ利用料又は保育料、学校給食費等に滞納がある場合、異議なく退会すること。
5. 放課後児童クラブの備品や他人の所有物、備品等に損害を与える行為や、他の児童及び指導員等に危害を加える行為がみられた場合、異議なく退会すること。
6. 児童、保護者の区別に関係なく、放課後児童クラブの運営に支障を及ぼすような事態を引き起こした場合、異議なく退会すること。

上記のことについて承諾します。

令和 6年 3月 1日

申込者（保護者）住所 坂井市坂井町下新庄1-1

氏名 坂井 太郎

*手書きで署名してください。