

|             |  |        |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
|-------------|--|--------|-----|---|---|---|---|--|---|---|--|---|---|
| 申 請 日 (西 暦) |  | 2      | 0   | 2 |   | 年 |   |  | 月 |   |  | 日 |   |
| フリガナ        |  |        |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| 保護者氏名       |  |        |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| 電話番号        |  | — —    |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| 住 所         |  | 川越市    |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| 転入の場合       |  | 市外住所   |     |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
|             |  | 転入先住所  | 川越市 |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
|             |  | 転入予定時期 | 2   | 0 | 2 |   | 年 |  |   | 月 |  |   | 日 |

※ 土曜日の利用の希望が「有」の場合、5つの土曜拠点から1つを選び、☒ を記入してください。

(裏面も必ず御記入ください。)

|                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| ・学童保育料の日割り計算がないこと（月途中での入退室の場合のみ）          | 済 |
| ・入室希望日からの入室ができない可能性があること（受付期間より後の申請の場合のみ） | 済 |

# 児 童 票

学童保育室に入室した際は、以下のことを約束します。

- ・ 開室時間内に必ず送迎します。
- ・ 納期限までに学童保育料を納付します。
- ・ 月途中での入退室の場合でも学童保育料の日割りがないことを了承します。

氏名（自署）

| フリガナ                                  |                      |                                                | 1 人 目                                                                                       | 2 人 目                                                                                       | 3 人 目                                                                                       |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 児 童 氏 名                               |                      |                                                |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                             |
| 保 育 園 ・ 幼 稚 園                         |                      |                                                |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                             |
| 過去の川越市学童保育室の利用履歴                      |                      |                                                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
| 健康<br>状<br>況<br>等<br>に<br>つ<br>い<br>て | 平常時の体温               |                                                | 度 分                                                                                         | 度 分                                                                                         | 度 分                                                                                         |
|                                       | ①現病の有無<br>(経過観察を含む。) | 喘息、脱臼ぐせ、心臓疾患、ひきつけ・けいれん、てんかん、その他                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
|                                       | ②アレルギー               | 食物：卵黄、卵白、牛乳、小麦粉、その他<br>食物以外：花粉、ハウスダスト・ダニ、その他   | <input type="checkbox"/> 有<br>( <input type="checkbox"/> 検査済み <input type="checkbox"/> 未検査) | <input type="checkbox"/> 有<br>( <input type="checkbox"/> 検査済み <input type="checkbox"/> 未検査) | <input type="checkbox"/> 有<br>( <input type="checkbox"/> 検査済み <input type="checkbox"/> 未検査) |
|                                       | ③個別に配慮を要する事項         | (1) 障害者手帳の所有状況（申請中を含む。）                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
|                                       |                      | (2) 今までに指導・治療を受けた専門機関・病院等（手帳の有無に関わらず記入してください。） | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
|                                       |                      | (3) 通院・通所（検査・訓練通院を含む。）                         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
|                                       |                      | (4) 日常的な服薬                                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |
|                                       |                      | (5) 健康面や発育面で気になることなど                           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       |

※「健康状況等について」の①～③のうち、「有」が一つでもある場合は、健康カードも記入の上、提出してください。

①～③すべてが「無」の場合、健康カードの提出は必要はありません。

| 通学班・地区名                |      | ※ 不明な場合は、入室後に確認するので、空欄のまま提出してください。 |         |   |   |   |        |          |  |  |  |
|------------------------|------|------------------------------------|---------|---|---|---|--------|----------|--|--|--|
| 同居人の状況（保護者・入室希望児童を除く。） | フリガナ |                                    | 生 年 月 日 |   |   |   | 児童との続柄 | 勤務先・学校名等 |  |  |  |
|                        | 氏    | 名                                  | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |
|                        |      |                                    | 西暦      | 年 | 月 | 日 |        |          |  |  |  |

|          |  |         |    |  |   |  |    |
|----------|--|---------|----|--|---|--|----|
| 主に迎えに来る者 |  | お迎え予定時間 | 午後 |  | 時 |  | 分頃 |
|----------|--|---------|----|--|---|--|----|

★緊急連絡先★ ※ ①から順に確実に連絡がつき、迎えに来られる方を記入してください。（保護者含む。）

|   | 氏 名 | 児童との続柄 | 電 話 番 号 | 下記に○をつけてください |
|---|-----|--------|---------|--------------|
| ① |     |        |         | 自宅・携帯・職場・その他 |
| ② |     |        |         | 自宅・携帯・職場・その他 |
| ③ |     |        |         | 自宅・携帯・職場・その他 |