

様式第1号 (第6条関係)

放課後子ども教室参加登録申込書

小田原市教育委員会 様

申込日 年 月 日

1 児童基本情報

小学校				4月時点の学年を記入	
氏名	生年月		日		
	年	月	日		
性別	男・女		学年	第	学年組
児童クラブの利用			有・無		

2 申込者(保護者)基本情報

住所	小田原市根府川〇〇〇				
フリガナ氏名	カタウラ タロウ 片浦 太郎				
連絡先 ※優先順に記入し てください	①	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	自宅・保護者携帯	(父・母・その他:)	
	②	0465-〇〇-〇〇〇〇	自宅・保護者携帯	(父・母・その他:)	
	③	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	自宅・保護者携帯	(父・母・その他:)	

※できるだけ、連絡の取りやすい電話番号をお書きください。

3 参加開始希望日 年 月 日

新入学生については、原則として入学式の翌日からの参加となります。共働き等で入学式前に参加を希望する場合はご相談ください。

4 児童の健康状態

(例: 喘息・アトピー等)

季節の変わり目に喘息の発作が出やすい

食物アレルギー、かかりつけ医については裏面に記載してください。

5 確認事項

徴収した教材費等に残金が発生した場合は、子ども教室の消耗品に充当することを了承します。

小田原市の広報紙やホームページ等に子ども教室の活動記録として、写真等が掲載されることを了承します。

裏に続きます

その他確認事項

1 児童の携帯電話について

携帯電話	有・無 「有」の場合→(電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
------	---------------------------------

2 主な参加日(希望するものすべてに○をつけてください。)

申込時でのおおまかな予定を記入

学校登校日	希望するプログラムのみ <input checked="" type="radio"/> 月・ <input type="radio"/> 火・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・ <input type="radio"/> 金
学校休業日	学年始春休み・ <input checked="" type="radio"/> 夏休み・冬休み <input checked="" type="radio"/> 月・ <input checked="" type="radio"/> 火・ <input checked="" type="radio"/> 水・ <input checked="" type="radio"/> 木・ <input checked="" type="radio"/> 金・ <input checked="" type="radio"/> 土 ※土曜日の利用頻度 [毎週・月 回程度・ <input checked="" type="radio"/> プログラムによる]

土曜が○の場合は
※ 以下をご記入

3 主な利用時間(いずれかに○をつけてください。)

<input type="radio"/>	① 冬午後4時まで、夏午後5時まで ※原則、児童が自分で下校となります。
<input checked="" type="radio"/>	② 冬午後4時以降、夏午後5時以降 ※保護者の引き取りが必要です。

※②の場合、児童を引き取りに来る保護者等をご記入ください。

- ・引き取り時間 18時00分頃
- ・引き取りに来る人

連絡が取りやすい番号を
記入してください。

フリガナ 氏名	児童との 続柄	住所	電話番号
カタウラ ウメコ 片浦 梅子	母	小田原根府川〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
オダワラ イチロウ 小田原 一郎	祖父	小田原市×× 〇〇-〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

4 食物のアレルギー・かかりつけ医について

食物のアレルギーについて <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 (○を付けてください)	原因食物(卵・チーズ等) 卵、乳製品
	除去中の食物 卵
	原因食物を摂取後の症状とその対応 かゆみ、嘔吐 服薬する
かかりつけ医	医院名 〇〇病院 所在地 小田原市×× 〇〇-〇 電話番号 0465-〇〇-〇〇〇〇