

ラソス児童クラブ利用申込書兼台帳(緊急連絡用)

児童写真貼付 児童クラブで撮影させていただきます。 いただき貼付します。
--

年 月 日

〒

申請者名 住所 _____
 (保護者名) 名前 _____ ⑤
 電話 _____

年 月 日より、ラソス児童クラブを利用したいので申込みます。

(ふりがな) 児 童 名		生年月日	平成 年 月 日(歳) 血液型(A・B・O・AB・不明)型 RH (+・-)
学校名・学年	小学校 学年 (利用予定時の学年)		
出身保育園/幼稚園	保育園/幼稚園		

家庭状況

	名 前	続柄	年 齢	勤務先・学校等	勤務の曜日・時間
(申込み児童は除く) 同居家族					・
					・
					・
					・
	※不定期勤務やダブルワークの場合は裏面に記載してください。				
緊急連絡先	第一緊急連絡先	名 前		第二緊急連絡先	名 前
		電 話			電 話
		メー ル			メー ル
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 新しく児童クラブへの利用を希望しているため <input type="checkbox"/> 転籍を希望しているため <input type="checkbox"/> 継続を希望しているため <input type="checkbox"/> その他()				兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 有 入会申請 <input type="checkbox"/> 無
事 前 申 告 事 項	<input type="checkbox"/> 病 気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
	<input type="checkbox"/> アレルギー (有の方)緊急時の処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン)				
	<input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> 家族による送迎 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医院				
	<input type="checkbox"/> 健保種類・番号				
	<input type="checkbox"/> その他児童に 配慮すべき事項				

利用 予定 日	希望曜日	週()日	火・水・木・金・土・日	○で囲んでください。
	その他希望曜日など		<input type="checkbox"/> 利用はオンデマンド(都度)です	

勤務 の 状 況 ※	フリガナ 氏名	続柄	年齢	勤務先	勤務形態 (○で囲む)	勤務時間・日数
					不定期勤務 ダブルワーク	: ~ : 週 日
					不定期勤務 ダブルワーク	: ~ : 週 日
					不定期勤務 ダブルワーク	: ~ : 週 日
					不定期勤務 ダブルワーク	: ~ : 週 日