

放課後児童クラブみなば入会申込書

令和 年 月 日

(宛先) 特定非営利活動法人みなば
理事長中村絵梨子

〒 _____
住 所 : 江別市 _____

保護者氏名 : _____

電 話 : _____ (_____) _____

放課後児童クラブみなばの入会について、関係書類を添えて申し込みます。

入会希望月日	令和 年 月 日
申込み理由	<input type="checkbox"/> 保護者及び保護者に準ずる者が、昼間仕事等のため家庭にいない。 <input type="checkbox"/> 保護者及び保護者に準ずる者が、病気又は看護等のため長期にわたって昼間児童を監護することができない。 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

在籍中のごきょうだい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※兄弟姉妹の氏名・学年をご記入ください。	
		氏名 : _____ (新 年)	氏名 : _____ (新 年)

他の児童クラブへの併願申し込み ★必ず記入してください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	志望順位 ・ 児童クラブ名 (みなばを含む) 併願の場合必ず順位を記入してください	
		志望順位 1	【 _____ 】
		志望順位 2	【 _____ 】
		志望順位 3	【 _____ 】

入会児童	フリガナ	性 別	生 年 月 日
	児 童 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成 年 月 日
	学 校 名	小学校 新 年生 (令和7年4月時点)	

保護者及び同居の親族	氏 名	続 柄	年 齢	勤務先・学校 (新学年) ・ 保育園等
	フリガナ			
	フリガナ			
	フリガナ			
	フリガナ			
	フリガナ			
	フリガナ			

緊急連絡先	※児童が体調を崩したときやけがをしたとき等にご連絡します。				
	優先順位	氏 名	続 柄	電 話	備 考
	1	フリガナ		(_____)	<input type="checkbox"/> 職 場 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 携 帯
	2	フリガナ		(_____)	<input type="checkbox"/> 職 場 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 携 帯
3	フリガナ		(_____)	<input type="checkbox"/> 職 場 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 携 帯	

保護者等について	父の状況	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚、死別等			
		就労等の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害等			
		勤務時間・日数	: ~ : / 週 日	通勤時間 (片道)		
		勤務先(会社名・部署等)				
	母の状況	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚、死別等			
		就労等の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害等			
		勤務時間・日数	: ~ : / 週 日	通勤時間 (片道)		
		勤務先(会社名・部署等)				
	祖父母の状況	※年齢は入会希望年度の4月1日時点、住所は別居の場合にご記入ください。				
		父方祖父 (歳)	住所:	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		父方祖母 (歳)	住所:	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		母方祖父 (歳)	住所:	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		母方祖母 (歳)	住所:	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()		

入会児童について	就学前の状況	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 (園名:) <input type="checkbox"/> 在宅				
	就学後の状況 ※新1年生を除く	<input type="checkbox"/> 放課後児童クラブ (クラブ名:) <input type="checkbox"/> 在宅				
	血液型	型 RH + -				
	かかりつけの病院	<input type="checkbox"/> あり (病院名:)		電話: ()		
	今までにかかったことのある病気	<input type="checkbox"/> 麻疹 (歳)		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう (歳)		
		<input type="checkbox"/> おたふく (歳)		<input type="checkbox"/> 風疹 (歳)		
	アレルギーについて	<input type="checkbox"/> あり (該当食べ物等:) <input type="checkbox"/> なし				
	特別な配慮について	<input type="checkbox"/> 療育手帳/障害者手帳を持っている		<input type="checkbox"/> 通級指導を利用		
	通所受給者証について (児童発達支援・放課後等デイサービス)	<input type="checkbox"/> 特別支援学級に在籍				
		<input type="checkbox"/> 発達相談での指摘事項がある				
	放課後児童クラブの利用(予定)曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 【週 () 日利用予定】				
	帰宅時間等	ひとり帰りの場合 (2年生以上)	放課後児童クラブを出る時間		時	分
放課後児童クラブから自宅までの所要時間			時間	分		
お迎えの場合		放課後児童クラブを出る時間		時	分	
		職場から放課後児童クラブまでの所要時間		時間	分	
お迎えに来られる方		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(氏名:) 続柄: ()				
習い事等	習い事	曜日	習い事開始時間	児童クラブの出欠	児童クラブを出る時間	備考
			時 分	<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席	時 分	
			時 分	<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席	時 分	

☆ 申込に関わる個人情報(申込書・雇用証明書等)を、江別市・他児童クラブから特定非営利活動法人みなばが提供を受けることに
 同意します 同意しません (他クラブと併願の場合は、入会事務の都合上、「同意します」に☑してください)