

令和 年度 阿武町児童クラブ入会申込書

令和 年 月 日							
阿武町長様							
<small>ふりがな</small> 保護者氏名 _____ 下記の通り阿武町児童クラブへ入会を申し込みます。							
住所	阿武町大字 自宅☎:				携帯電話	①(): - - ②(): - - ③(): - -	
児童氏名	生	年	月	日	続柄	性別	()小学校()年生
		年 月 日				男・女	担任名
入会希望クラブ名	<input type="checkbox"/> 阿武児童クラブ <input type="checkbox"/> 福賀児童クラブ		入会希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
			利用希望曜日	<small>※基本的に利用を希望する曜日を○で囲んでください。</small> 月・火・水・木・金・土			
家族全員の状況をご記入ください	<small>ふりがな</small> 氏名	児童との続柄	年齢	性別	勤務先・職業等 学年	勤務先の電話番号	勤務時間
				男・女			
					男・女		
					男・女		
					男・女		
					男・女		
					男・女		
入会の理由							

児童の状況	健康状況（既往歴など特に注意すること）や性格、集団生活を送るうえで児童クラブ支援員に知っておいてもらいたいこと				
	アレルギーの有無について、該当する方に☑をしてください。また「有」の場合はそれぞれについて回答してください。				
	アレルギーの有無 【食物・その他】		無	<input type="checkbox"/>	具体的に：
			有	<input type="checkbox"/>	緊急時の処方： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン®
	掛かりつけの病院				血液型
	健康保険	種類	社保・国保・共済		記号番号
自宅付近の略図（通学路をご記入ください。）					
備考欄（利用期間およびお迎えについて）					
.....					
.....					