

年 月 日現在

1. 入園児童について

※5名以上の入園希望は2枚目にご記入ください。※学校名・学年はR9年度予定を記入のこと。

フリガナ 氏名①		性別	生年月日	・	・	※
			小学校		年生	
フリガナ 氏名②		性別	生年月日	・	・	※
			小学校		年生	
フリガナ 氏名③		性別	生年月日	・	・	※
			小学校		年生	
フリガナ 氏名④		性別	生年月日	・	・	※
			小学校		年生	
住 所	〒 —					

2.世帯状況(入園児童を除く全員) ☐ ひとり親家庭(手当受給・遺族年金・無) ☐ 生活保護 ☐ その他()

※ 続柄		ふりがな 氏 名	生年月日(西暦)		勤務先等の内容				備 考	
			連絡先(携帯)		※派遣会社の場合は派遣先を記入					
				・	・	生				
※	父					生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			
※	母					生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			
						生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			
						生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			
						生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			
						生	名称:			□ 就労 □ ()
							TEL:			
							TEL:			
							TEL:			

3. 入園希望について

※担当課記入欄:登園開始日 年 月 日

希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日	希望園名	学童保育園	★
通 園 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※通園される曜日のみ	夏季学童の利用予定	☐ 利用する ☐ 利用しない(期間は7/21迄)	
土曜学童	☐ 利用しない ☐ 毎月1回以上利用する ☐ 不定期利用(利用の前月20日までに学童への申し出が必要です)			
早朝保育希望	☐ 利用しない ☐ ★7:00～ ☐ 7:30～ ☐ 7:45～ 希望理由()			

4. お迎え ※主に来られる順に続柄を記入ください。※別居の方のみ氏名・連絡先も記入。

①	続柄: 氏名:	②	続柄: 氏名:	③	続柄: 氏名:
	TEL:		TEL:		TEL:

5. 緊急連絡先

※目中に必ず対応できる連絡先を優先順に記入ください。

(記入例)父携帯、父勤務先、母携帯、母勤務先、それ以外は名称と電話番号

[illegible]

児童の状況確認票

(※児童1人ごとに1枚提出ください)



人目

希望学童名		学童保育園	R9学年	年
児童氏名				

学童保育園は集団生活となるため、学童の支援員に伝えておきたい児童の心身の状態について、詳しくご記入ください。集団生活が困難な面がある・障がい等がある場合は、児童の状態や現在の園の体制により対応できないこともありますので、必ず申込時に担当課までご相談ください。なお、前もって相談がなく、入園許可後に集団生活が困難であると分かり、園の安全な運営に支障をきたす場合は、許可を取り消す場合もあります。

本資料は学童保育園入園の審査及び児童の生活支援のみに使用し、厳重に保管します。

1.通園施設の有無 (1年生のみ記入) ☐ 無 ☐ 有	入学前に通園していたことも園・保育所・幼稚園等 園(施設)名: 加西市内 ・ 市外(都道府県 市町村) ※こども園等での加配の有無 (☐ 加配あり ☐ 加配なし)		
	入学前に通園していた児童発達支援事業所 園(施設)名: 加西市内 ・ 市外(都道府県 市町村)		
★2.手帳等の有無 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 申請中	手帳の種類 ☐ 身体(級) ☐ 療育() ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ その他() ※手帳・証書等をお持ちの場合は、コピーを添付してください		
3.所属学級 ☐ 通常学級 ☐ 特別支援学級	通級による指導(週1～2回程度)を ☐ 受けている ☐ 受けていない 特別支援学級の区分 ☐ 知的障害 ☐ 自閉症・情緒障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 難聴 ☐ 弱視 ☐ 病弱・身体虚弱 ☐ 言語障害		
4.療育相談歴 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 予定有	相談している施設および病院名:	相談内容(「有」の場合記入必須)	
	診断名: ☐ 無 ☐ 有()		
5.放課後等 ディサービス利用 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 検討中	利用(希望)日数: 週 日 利用曜日: (月・火・水・木・金・未定) 決定時期: 年 月頃	施設名:	
★6.かかりつけ医	内 科:	歯 科:	
	整形外科:	その他:	
★7.児童の平熱	(℃)		
★8.持病の有無 ☐ 無 ☐ 有 薬の服用 ☐ 無 ☐ 有	病名 ☐ 熱性けいれん ☐ 喘息 ☐ てんかん ☐ () 持病「有」の場合の症状、直近の発症等についてご記入ください。(必須) ※支援員は投薬等を行いません。状況により別途書類の提出をお願いする場合があります。		
★9.アレルギーの有無 ☐ 無 ☐ 有 エピペン所持 ☐ 無 ☐ 有 アナフィラキシーの有無 ☐ 無 ☐ 有	アレルギーが出る対象(原因物質) 症状(「有」の場合記入必須) ※アレルギーについては、入園決定後、登園までに必ず支援員と直接ご相談ください。		
10.自由に会話ができる ☐ はい ☐ いいえ	「いいえ」の場合、具体的な様子や必要な支援を記入		
11.一人で排泄ができる ☐ はい ☐ いいえ	「いいえ」の場合、具体的な様子や必要な支援を記入		
12.一人で食事ができる ☐ はい ☐ いいえ	「いいえ」の場合、具体的な様子や必要な支援を記入		
★13.その他、支援配慮 を要することがある ☐ 無 ☐ 有	こだわりが強い、集団行動になじめない等、児童に関する配慮事項があれば記入。		
★印の記載内容について、学童保育中の緊急時対応に活用するため、消防機関・医療機関等へ情報提供することに ☐ 同意します ☐ 同意しません 保護者氏名:			