

# 消えるボールペン・修正液不可

訂正する場合は二重線で消してください。

新年度(4月)の学年を記入してください

(全学年)就学前の保育所(園)・幼稚園名を記入してください。

一ノ谷 小学校	学年	1年	ふりがな 児童名	銭形 そら
保育所・幼稚園・こども園名	観音寺中央 保育所・ <u>幼稚園</u> こども園	自治会名	古川	

## 1 住所・保護者名等

住所	〒768-0023 観音寺市古川町〇一△		
保護者名	銭形 萬平	( <u>父</u> )・母・その他( )	電話番号 0875-24-××××

## 2 利用時間 (開所時間/授業のある日:14時から18時まで ・ 長期休業期間等:8時から18時まで)

	登所時間	降所時間
授業のある日	下校時から	17時30分まで
休日	8時00分から	1

時間移動時間を合わせた時間です。勤務終了後すみやかに

迎えに来る予定の方全員の記入をお願いします。(未成年の場合は申立書の提出が必要です。)

お迎えは必ず18時までにお願ひします。間に合わない場合、ファミリーサポートセンターやお迎えタクシー等をご利用ください。

## 3 降所方法について (お迎えに来る可能性のある方全員記入してください。記載の無い)

氏名	続柄	氏名	続柄
銭形 福子	母	銭形 萬平	父
常磐 すず	祖母		

\*代理の人が迎えに来られるときは、必ず前もってご連絡ください(事故防止のため)

## 4 緊急連絡先 (電話は携帯や勤務先等で、必ず連絡のとれる番号を記載してください)

順位	ふりがな氏名	続柄	電話番号	順位	ふりがな氏名	続柄	電話番号
1	銭形福子	母	000-0000-0000 ( <u>携帯</u> ・自宅・勤務先)	4			
2	銭形萬平	父	000-0000-0000 (携帯・自宅・勤務先)	5			
3	常磐すず	祖母	000-0000-0000 (携帯・自宅・勤務先)	6			

けがや体調不良の時など緊急時等、教室や社会福祉協議会から連絡する場合に使用します。ファミサポや放課後デイサービス等による送迎を利用される場合は、担当者等の連絡先も記入してください。

・勤務先名、健康状態を記入  
・同居、学校区内別居の方は、就労証明・申立書(確認できる証明書類の添付)が必要です。  
・市外の場合は、住所は市区町村までの記載でかまいません。

## 5 祖父母の状況 (必ず全員についてご記入ください。年齢は令和7年4月)

区分	氏名	年齢	同居・別居等	住所	健康状態
		生年月日			
父方	祖父 銭形 忠男	69歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) <u>市内別居(学区外)</u> 市外別居・不在	観音寺市大野原	健康
	祖母 銭形 真由美	65歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) <u>市内別居(学区外)</u> 市外別居・不在	観音寺市大野原町	無職 身体障害者手帳5級
母方	祖父	歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外) 市外別居・不在		死別
	祖母 常磐 すず	67歳	<u>同居</u> (同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外) 市外別居・不在	観音寺市古川町 〇-△	〇〇うどん 健康

\*同居、学校区内別居の場合、児童クラブの利用が必要なことを証明する書類を提出してください。証明する書類の提出がない場合は、優先順位が低くなります。

## 放課後児童クラブ調査票（裏）

6 児童の健康状態等（※お預かりした児童の放課後児童クラブでの生活を安心して過ごせるように、また支援員の配置の参考にするために、できるだけ現在の状況を詳しく正直にご記入くださいますように、ご協力をお願いします。）

(新1年生のみ) 就学時健康診断について	何か気を付けるように言われたことはありますか。 無 ・ (有) 具体的に ぜんそく、アレルギー鼻炎あり。	<b>11 月ごろに新1年生が小学校で受けた健康診断について記入してください。</b>
持病等で継続して服用している薬の有無について	持病等で継続して服用している薬はありますか 無 ・ (有) ⇒具体的に 病名 (喘息) 薬の種類 (〇〇〇〇薬) 服用回数 (朝・昼・夜1回ずつ)  振替休業や長期休暇預かり時に服用の必要はありますか ※服用に際してお困りごと等ありましたらその都度お伝えください。 内容により対応しかねる場合があります。ご了承ください。	<b>支援員は声掛けはできますが、薬を飲ませることはできません。お子様自身で飲めるようご指導をお願いします。</b>
健康状態や配慮してほしい内容について	健康状態や集団生活を送るうえで配慮を要すること等がありますか 無 ・ (有) ⇒具体的に 全体的に指示をすると理解できていないことがあります。 個別に分かりやすく指示してください。 読み書きは、まだできません。	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                 チェック☑を入れてください。 特になし場合はこちらに☑を入れてください。  ☐特になし             </div>	<input type="checkbox"/> 情緒が不安なことがある <input type="checkbox"/> 予定の変更は前もって言うとおかないと騒動になる <input checked="" type="checkbox"/> 大声を出して、はしゃぎすぎたり、騒がしかったりする <input type="checkbox"/> 特定の話題ばかりしたり、勝ち負けや順位にこだわったり <input type="checkbox"/> 家庭や保育所、幼稚園などでの食事の途中や集団行動の場 <input type="checkbox"/> 数字や文字などの学習や書くことが苦手である <input type="checkbox"/> 視覚的な情報に過敏である <input checked="" type="checkbox"/> 発達障害がある⇒ (3才頃) (内容 言葉の遅れ ) <input type="checkbox"/> 発達障害がある⇒ (3才頃) (内容 言葉の遅れ ) <input checked="" type="checkbox"/> おやつを持参したい場合は、承認後、申し出てください。 (4才 6 ヵ月頃) <input type="checkbox"/> 多動性障害、閉症等の疑いがあるといわれたことがある (あるいは診断を受けたことがある) ⇒ (多動性障害・自閉症・他 ( )) ( 疑い ・ 診断 )	※「エピペン®注射液」は医師の治療を受けるまでの間、アナフィラキシー症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤です。
食物アレルギー	(無) ・ 有 原因食材：( 卵 ) エピペン ( (無) ・ 有 )	
支援学級在籍 (予定)	(通常学級) ・ 通常学級(通級指導) ・ 支援学級	平熱 36.5℃
療育手帳	(無) ・ 有 (写しを添付)	身体障害者手帳 (無) ・ 有 (写しを添付)

\* この調査票は、支援員が児童を保育するうえで、他の児童との関わりやアレルギー・傷病への対応、児童の状況を把握するためのものです。放課後児童クラブ利用のために使用し、それ以外に使用することはありません。

(注) 承諾書に必ず署名をお願いいたします。

### 承諾書

児童に心身の障がい等があると思われる場合は、受入れ態勢を考慮する必要がありますので、必ず記入をお願いします。なお、障がい等の有無は申請審査とは関係ありません。

に当たり、申込児童およびその世帯員の住民基本台帳、家庭該当の有無その他必要な事項について照会すること。別な配慮が必要であるか確認し、適切な指導を行う目的で、保育所・幼稚園・小学合わせを行い、または必要な情報を照会し、提供すること。

令和 7 年 ○ 月 ○

保護者氏名 銭形 萬平