

【全学年】就学前の保育所（園）・幼稚園・こども園名を記入してください。

放課後児童クラブ調査票（表）

消えるボールペンや修正液は使わないでください。
訂正する場合は二重線で訂正してください。

学校名	一ノ谷 小学校	学年	1 年	ふりがな 児童名	
保育所・幼稚園・こども園名	観音寺中央 保育所	幼稚園・こども園		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-△-□	新年度（4月） の学年を記入し てください。
保護者名	銭形 萬平 (父) 母・その他())	電話番

お迎えは必ず18時30分までにお
願いします。間に合わない場合は、
ファミリーサポートセンター（社
会福祉協議会）やお迎えタクシー
（民間）等をご利用ください。

2 利用時間（開所時間／授業のある日：14時から18時30分まで・長期休業期

登所時間	間
下校時から	17 時 30 分まで
8 時 00 分から	17 時 30 分まで

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、承認後、別途申立書の提出
が必要です。）

に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をお願いします。

3 降所方法につい

迎えに来る可能性のある方全員記入してください。記載の無い場合は引き渡しできません。）

氏名	続柄	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（1～6番まで、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 氏 が な 名	続 柄	電 話 番 号	順 位	ふり 氏 が な 名	続 柄	電 話 番 号
1	ぜにがた 銭形 福子	母	000 - 0000 - 0000 (携帯・自宅・勤務先)	4	ぜにがた 銭形		けがや体調不良の時など緊急時 に、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。
2	ぜにがた 銭形 萬平	父	000 - 0000 - 0000 (携帯・自宅・勤務先)	5			
3	ときわ 常磐 すず	祖母	000 - 0000 - 0000 (携帯・自宅・勤務先)	6			

5 祖父母の状況（必ず全員についてご記入ください。（令和8年4月1日時点の年齢を記入してください。）

区 分	氏 名	年 齢	同居・別居等	住 所	勤務先	
	証明書提出の有無	生年月日			健康状態（病名）等	
父 方	祖 父	ぜにがた 銭形 忠男	71 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	観音寺市大野原町 大野原□□-□	農業 健康
		証明書類 有・無	S29.4.10			
	祖 母	ぜにがた 銭形 真由美	67 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	同上	無職 身体障害者手帳5級
		証明書類 有・無	S33.5.14			
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
		証明書類 有・無	S . .			
	祖 母	ときわ 常磐 すず	68 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	観音寺市古川町 〇-△-□	〇〇うどん 健康
		証明書類 有・無	S32.11.2			

*同居、学校区内別居の場合、放課後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（※お預かりした児童が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 喘息、アレルギー鼻炎 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> 11月頃に新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。 </div>		
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 (○○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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> 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。 </div>		
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はありませんか 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; margin-bottom: 10px;"> 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。 </div> <input type="checkbox"/> 特になし	<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て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"/> 視力・聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 発達に遅れ <input type="checkbox"/> パニックを <input checked="" type="checkbox"/> けいれんを <input type="checkbox"/> 多動性障害や自閉症 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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> ※「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。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> おやつを提供に必要な情報ですので必ず記入をお願いします。 <u>おやつを持参したい場合は、承認後に申し出てください。</u> </div>		
食物アレルギー	無 ・ 有 ⇒原因食材 (卵 ・ ナッツ) エピペン (無 ・ 有)		
学級 (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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> 手帳をお持ちの場合は、必ず手帳の写しの提出をお願いします。 </div>		

*この調査票は、支援員が児童を保育するうえで、他の児童との関係構築のために使用し、それ以外に使用することはありません。

(注) 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。

- 1 申込児童およびその世帯員の住民基本台帳、生活保護受給状況、事項について照会すること。
- 2 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・認定こども園・小学校等の関係機関に対し、問い合わせを行い、または必要な情報を照会し、提供すること。

上記のことについて承諾します。

令和 8 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 銭形 萬平