

平成31年度 仲よし学級入会申請書

泉大津市長 様

〒595-

住 所

フリガナ スタンプ印不可

保護者氏名 (印)

電話番号

下記の通り(戎・旭・穴師・上條・浜・条東・条南・楠)仲よし学級入会を申請します。 ←学校名に○してください
併せて、仲よし学級運営事務に関し、必要に応じて当世帯の住民基本台帳の閲覧及び課税状況等の調査について同意します。

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|-----------------------|--|---|
| 入 会 児 童 欄 | フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 | <input type="checkbox"/> 平成30年度在籍 <input type="checkbox"/> 平成31年度から新入会 ← |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | | | 学 年 | 平成31年4月現在 年生 | |
| | ① 午後5時の一斉下校について | | 希 望 する ・ 希 望 し ない | | |
| | ② ①で一斉下校を「希望しない」に○をつけた方について | | お 迎 え 時 間 時 分 | | |
| | ③ 1週間の利用日数について | | 週 日利用 | | |
| | ④ 希望される曜日に○をつけてください。 (土曜日の参加は、保護者の方が土曜日に勤務のある方のみです) | | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 | | |
| | ⑤ 土曜日及び長期休業中、朝の登校時間について 8:00~9:00の間でご記入ください。 | | 朝 時 分頃登校予定 | | |
| | ⑥ 持病はありますか(アレルギー等) | | 無 ・ 有 () | | |
| | ⑦ 身体障がい者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当を受けていますか | | 無 ・ 有 身体障がい者手帳(級) | | |
| | | 無 ・ 有 療育手帳(A ・ B1 ・ B2) | | | |
| | | 無 ・ 有 特別児童扶養手当(級) | | | |
| ⑧ 発達の障がいなど | | 無 ・ 有 ADHD ・ LD ・ 広汎性発達障害 ・ () | | | |
| ⑨ その他気になる点 | | () | | | |
| 同 居 者 欄 (児 童 本 人 を 除 く) | フリガナ 氏 名 | 続柄 | 生年月日(年齢) | 勤務先・学校名(学年)等 (H31.4.1時点の学年をご記入ください) | 電 話 |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| | | | 大・昭・平 (歳) | | 担当部署: 携帯電話: |
| 入会理由 | <input type="checkbox"/> 保護者が就労のため <input type="checkbox"/> 保護者が疾病のため <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入してください) | | | ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> | 該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> |

どちらかに✓をしてください。

↓ 携帯電話などを必ず2つご記入ください。また変更があった場合は早急にご連絡ください。

| | | | | |
|--------|------|----|----|-----|
| 緊急連絡先① | 電話番号 | 続柄 | 氏名 | () |
| 緊急連絡先② | 電話番号 | 続柄 | 氏名 | () |

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| | | | | | | | | |
|------------|--------------------------------|-------|----|----|----|----|-----|-----|
| 事務局 記入欄 | 受付 | 就労/診断 | 地図 | 住基 | 名簿 | 審査 | 仲よし | 保護者 |
| | 課・() 仲よし 保育所・幼稚園 認定こども園 | 自払 | 減額 | 保険 | | | | |
| | | | | | | | | |