

のり付け

スナップ写真可

住所

印

携帯番号 — — 続柄 ()

下記の通り 学童ほーむキッズルーフ の入所を申込みます。

入所児童	フリガナ					学年	年生(新学年)		
	氏 名								
	生年月日					性別	男 ・ 女		
	学校等名	小学校				血液型	(RH + ・ -) 型		
	利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金							
※利用を希望する曜日に○を付けてください。(利用できる曜日を制限するものではありません。)									
利用時間	利用を希望する月の時間に○をつけてください。		例4月	4月	7月	8月	12月	1月	3月
	早朝保育	7：30～8：00の利用	○						
	延長保育	18：00～19：00の利用	×						
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	職業（勤務先）または学校学年			勤務先電話		
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
●熱性けいれん経験 あり（ 才頃） ・ なし ●療育手帳 あり（診断名・判定 ） ・ なし ◆学童に伝えておきたいこと（アレルギー、心身にともなうこと、気をつけておくこと等）									

※同居の親族（祖父、祖母等）がいる場合、必ず全員記入してください。

※住所や職場変更の際はお知らせください。

裏面もご記入ください→

