

令和6年度坂出市放課後児童クラブ 調査票

ふりがな 保護者氏名		学校名	小学校	教室名	仲よし教室 ・みのり教室
ふりがな 児童氏名		年	年 月 日生	利用開始 希望日	月 日

1 住所

住所	〒 - 坂出市 町
----	--------------

2 緊急連絡先 (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。)

	ふりがな 氏名	続柄	電話番号 (携帯・自宅・勤務先等)
第1順位			— — ()
第2順位			— — ()
第3順位			— — ()
第4順位			— — ()
第5順位			— — ()

*ケガや発熱時のほか、児童が体調不良を訴えた場合には、上記連絡先にご連絡を差し上げますので速やかにお迎えをお願いします。

3 帰宅方法

	月	火	水	木	金
帰宅時刻					
誰と					

◎警報発令時等の帰宅方法
(具体的に)

※自主帰宅する場合 (17時までの下校に限る) には「自主帰宅届出書」の提出をお願いします。

※保護者以外の迎えの場合には「送迎届出書」の提出をお願いします。

4 写真・映像等の使用について (どちらかに○をつけて下さい。)

KBNや市広報の取材などによるカメラ撮影 (放映を含む) や、広報誌、市HP等に写真を掲載されることについて、次のとおりとします。

同意します ・ 同意しません

5 児童の健康状態等について

児童が放課後児童クラブで安心して過ごせるよう、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ご記入くださいますよう、ご協力をお願いします。

※記載内容が入室の可否へ影響することはありません。

かかりつけ医	有 () ・ 無		
児童の血液型	A B O AB 不明 (+ -)	健康保険の種類 記号・番号	—
持病・障がいの有無	有 (傷病名:) ・ 無		
通院の有無	有 (病院名: 主治医名:) ・ 無		
服薬の有無	有 (処方薬:) ・ 無		
健康状態や発達面で配慮を要することはありますか	有 ・ 無 具体的に		
アレルギー	薬	有 () ・ 無	
	食物	有 () ・ 無	
	その他	有 () ・ 無	
支援学級在籍(予定)	有 ・ 無	通級指導(予定)	有 ・ 無
療育手帳	有 ・ 無 (等級)	障がい者手帳	有 ・ 無 (傷病名:) (等級)
就学時健康診断について (新1年生のみ)	何か気をつけるように言われたことはありますか。 有 ・ 無 具体的に		

その他、支援員に知らせておきたいことをご記入ください。

下記の承諾書に自署または記名押印をお願いいたします。

承諾書

坂出市放課後児童クラブの利用にあたり、必要な場合は、関係機関(保育園、幼稚園、こども園、小学校や病院等)に対し、申込児童の状況等について、情報を照会及び提供することを承諾します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

*この調査票は、児童が放課後児童クラブで過ごす上で、他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に使用し、それ以外に利用することはありません。