

年 月 日

坂 出 市 教 育 委 員 会 殿

〒
住 所 坂 出 市 町 丁 目 番 号
保護者
フリガナ
氏 名
番 地

電 話（
※携帯電話（
※必ず連絡がとれる番号をお願いします。

坂 出 市 仲 よ し 教 室 利 用 申 請 書

（ ） 小 学 校 仲 よ し 教 室 を 利 用 し た い の で ， 次 の と お り 申 請 し ま す 。

記

年 組		フリガナ 児童氏名		男 ・ 女		年 月 日生	
利用区分 (☑をしてください。)		☐ 年間を通しての利用 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日		☐ 長期の学校休業日のみの利用			
				☐ 学年始		☐ 夏季 7 月 ☐ 夏季 8 月	☐ 冬季
同 居 家 族 の 状 況	続柄	氏 名	年齢	連絡先（勤務先）	電 話	帰宅時間	
利用を希望する理由：（新規・継続）				健康状況：（特に気をつけてほしい病状，手当等あれば詳しくご記入ください。）			
同一世帯内で仲よし教室またはみのり教室を利用する児童							
氏 名		生 年 月 日	年 月 日生				
				※食物アレルギー 有（ ） ・ 無			
				※かかりつけ医			
				※血液型（ ） 型			