今金町学童保育所一時預かり保育申込書

年　　月　　日

今金町学童保育所所長様

住所	
氏名	
連絡先電話番号	

今金町学童保育所の一時預かり保育を利用したいので次のとおり申し込みます。

利　用　児　童				
	□男	□女	生　年　月　日	H・R　　年　　月　　日生
	□1年生　　□2年生　　□3年生　　□4年生			

期　日	月	日	日	日
時　間	登所時間	:	:	:
	降所時間	:	:	:
期　日	月	日	日	日
時　間	登所時間	:	:	:
	降所時間	:	:	:
アレルギー		□なし　　□あり（　　）		

※裏面もご記入ください。

利　用　料	半日　　1,000円　　1日　　1,500円
	※初回のみ　別途保険代　　円 （当該年度に学童の利用がある場合は必要ありません）

◆こども園記入欄◆

受　付　印	利　用　料　の　計　算	領　収　印
	初回保険代　　円 半日1,000円×　　日＝　　円 一日1,500円×　　日＝　　円	
	合　　計　　円	

【健康状態について】あてはまる項目に✓をつけて詳細をご記入ください。

平熱	℃	体質 持病等	□熱を出しやすい　　□鼻血を出しやすい □喘息を起こしやすい　□下痢をしやすい □けいれん　□てんかん　□その他（　　） ↓　　↓ （発作が起きやすい環境・状況：　　）

【アレルギーについて】アレルギーの有無が☑有の場合、詳細をご記入ください。

アレルギーの有無	□無　□有	食後の運動制限の有無	□無　□有（詳細：　　）
アレルゲン （原因物質）	□食物（　　）　□動物（　　）　□植物（　　） □薬品（　　）　□その他（　　）		
症状 （✓をつける）	皮膚症状（□発疹　□かゆみ） 粘膜症状（□目の充血　□瞼の腫れ　□唇の腫れ） 消化器症状（□吐き気　□嘔吐　□下痢　□腹痛） 呼吸器症状（□くしゃみ　□鼻水　□鼻づまり　□喘鳴　□呼吸困難） □その他（　　）		
上記症状が 現れた場合	□保護者へ連絡　　□特になし（症状が現れたことはない） □その他（　　）		
処方薬 （ランドセルに携行等）	□エピペン（アドレナリン自己注射薬）□内服薬（薬の名前：　　） □その他（　　）		
おやつ提供時 （食物アレルギー）	□配慮の必要なし　　□家庭で代替食を用意　　□少量も不可 □その他（　　）		
昼食提供時	□配慮の必要なし　　□家庭で代替食を用意 ※昼食に関してのアレルギー対応はしておりません。 ご了承ください。		

【特記事項】発達面や対人面、アレルギー以外の持病や、伝えておきたいことがあればご記入ください。

同意書

・児童の緊急時に医師の判断を要する場合において、保護者及び緊急連絡先と連絡が取れない場合は、学童保育所の判断により治療を受けることに同意します。
なお、受診する際に一時預かり申し込み書記載の内容を病院に開示することに同意します。
・必要な場合は、児童に関する情報について、教育委員会、学校、書く関係機関などが情報共有及び確認することに同意します。

保護者氏名（自署）　　印