

|       |    |
|-------|----|
| 令和7年度 | 登録 |
|       |    |

## 中川放課後子ども教室利用登録申込書

中川村教育委員会 様

令和7年 月 日

申込者(保護者)氏名



次のとおり中川放課後子ども教室に参加したいので申し込みます。

|   |   |               |   |   |
|---|---|---------------|---|---|
| ふりがな<br>児童氏名  |   |               | 性別  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|   |   |               | 生年月日  | 平成 年 月 日  |
| 学校名   | <input type="checkbox"/> 東小学校 <input type="checkbox"/> 西小学校 | 学年            | 年   |   |
| 住所  | 〒<br>中川村 番地 (地区: )  |               |   |   |
| 緊急連絡先<br>(勤務先等)   | ①氏名   | 【続柄】          | 電話番号  | <b>必須</b> [自宅・携帯・勤務先]                                 |
|   | 携帯メールアドレス <b>必須</b><br>@                                    |               |   |   |
|   | ②氏名   | 【続柄】          | 電話番号  | [自宅・携帯・勤務先]   |
| 在学中の<br>兄弟・姉妹   | 氏名  |               | 学年  | 年   |
|   |   |               | 続柄  |   |
|   | 氏名  |               | 学年  | 年   |
|   |   |               | 続柄  |   |
| 児童のかかり<br>つけ医療機関  | 病院・診療所  | 児童クラブへ<br>の入所 | <input type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない |   |
| お子さんについて食物アレルギー、喘息はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>ある場合具体的にご記入ください。<br>(虫刺され等について特記すべきことや触ってかぶれたりするものもご記入ください。) |   |               |   |   |
| .....   |   |               |   |   |
| .....   |   |               |   |   |
| お子さんの様子・参加にあたって心配なこと、留意すべきこと等ご記入ください。<br>(スタッフにあらかじめ話しておくことがありましたら、コーディネーター鈴木までお電話ください。)  |   |               |   |   |
| .....   |   |               |   |   |
| .....   |   |               |   |   |

※ 記載された情報は、放課後子ども教室以外の目的に使用することはありません。