

(全学年) 就学前の保育所  
(園)・幼稚園・こども園  
名を記入してください。

放課後児童クラブ調査票 (表)

消えるボールペン・修正液不可!  
訂正する場合は二重線で訂正してく  
ださい。

学校名	観音寺 小学校	学年	1 年	ふりがな 児童名	ぜにがた 銭形 そら
保育所・幼稚園・こども園名	観音寺 保育所・幼稚園	こども園		自治会名	昭和

1 住所・保護者名等

住 所	〒768-0066 観音寺市昭和町〇—△—□
保護者名	銭形 萬平 (父・母・その他)

新年度(4月)  
の学年を記入  
してください。

お迎えは必ず18時までにお願  
いします。間に合わない場合は、フ  
ァミリーサポートセンター(社会  
福祉協議会)やお迎えタクシー(民  
間)等をご利用ください。

2 利用時間 (開所時間/授業のある日: 14時から18時まで・長期休業期間)

	登所時間	降所時間
	下校時から	17時30分まで
	8時00分から	17時30分まで

迎えに来る予定の方全員  
の記入をお願いします。(※未  
成年の場合は別途申立書の提出  
が必要です)

\*降所時間は基本的に就業時間に移動時間を合わせた時間です。勤務終了後すみやかに迎えをお願いします。

3 降所方法について

迎えに来る ( 銭形 福子、常磐 すず ) ・続柄 ( 母、祖母 )  
人の氏名

\*お迎えに来る可能性のある方全員記入してください。記載の無い方がお迎えに来ても引き渡しできません。  
代理の人が迎えに来られるときは、必ず前もってご連絡ください(事故防止のため)。

4 緊急連絡先 (1~6番まで、携帯や勤務先等で必ず連絡のとれる番号を記入)

順位	氏名	続柄	電話番号
1			— — (携帯・自宅・勤務先)
2			— — (携帯・自宅・勤務先)
3			— — (携帯・自宅・勤務先)
4			— —
5			— —
6			— — (携帯・自宅・勤務先)

けがや体調不良の時など緊急時  
等、教室や子育て支援課から連絡  
する場合に使用します。  
ファミサポや放課後デイサービス  
等による送迎を利用される場合  
は、担当者等の連絡先も記入して  
ください。

5 祖父母の状況 (必ず全員についてご記入ください。令和6年4月1日時点の年齢を記入してください。)

区分	氏名 証明書提出の有無	年齢	同居・別居等	住所	勤務先・ 健康状態(病名)等
		生年月日			
父方	ぜにがた ただお 銭形 忠男 証明書類 有・(無)	68歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外)	観音寺市坂本町 □□□□-□	農業
		S29.4.10	市外別居・不在		健康
	ぜにがた まゆみ 銭形 真由美 証明書類 有・(無)	64歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外)	観音寺市昭和町 〇-△-□	無職
		S33.5.14	市外別居・不在		身体障害者手帳5級
母方	証明書類 有・無	歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外)		死別
		S . .	市外別居・不在		
	ときわ 常磐 すず 証明書類 (有)・無	66歳	同居(同一敷地内や隣接含む) 市内別居(学区内) 市内別居(学区外)	観音寺市昭和町 〇-△-□	〇〇うどん
		S31.11.2	市外別居・不在		健康

同居・市内別居(学区内)  
の方は、就労証明・申立  
書(確認できる証明書類  
の添付)が必要です。  
住所が市外の場合は、市  
区町村までの記載でかま  
いません。

\*同居、学校区内別居の場合、放課後児童クラブの利用が必要なことを証明する書類を提出してください。  
証明する書類の提出がない場合は、優先順位が低くなります。

## 放課後児童クラブ調査票（裏）

**6 児童の健康状態等**（※お預かりした児童が放課後児童クラブでの生活を安心して過ごせるように、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正直にご記入くださいますように、ご協力をお願いします。）

(新1年生のみ) 就学時健康診断について	何か気を付けるように言われたことはありますか 無 ・ <b>有</b> ⇒具体的に <b>ぜんそく、アレルギー-鼻炎あり。</b>	<b>11月頃に新1年生が小学校で受けた健康診断について記入してください。</b>
持病等で継続して服用している薬の有無について	持病等で継続して服用している薬はありますか 無 ・ <b>有</b> ⇒具体的に 病名( <b>喘息</b> ) 薬の種類( <b>〇〇〇〇薬</b> ) 服用回数( <b>朝・昼・夜1回ずつ</b> )  振替休業や長期休暇預かり時に服用の必要はありますか ※服用に際してお困りごと等ありましたらその都度お伝えください 内容により対応しかねる場合があります。ご了承ください。	<b>一日保育の時に、必要です。詳しく記入してください。 (支援員は声掛けはできますが、薬を飲ませることはできません。お子様自身で飲めるようご指導お願いします。)</b>
健康状態や配慮してほしい内容について	健康状態や集団生活を送るうえで配慮を要すること等ありますか 無 ・ <b>有</b> ⇒具体的に <b>全体的に指示をすると理解できていないことがあります。 個別に分かりやすく指示してください。 読み書きは、まだできません。</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>チェック☑を入れてください。 特にない場合はこちらに☐を入れてください。</b> </div> <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 情緒が不安なことがある <input type="checkbox"/> 予定の変更は前もって言うとおかないと騒動になる <input checked="" type="checkbox"/> 大声を出して、はしゃぎすぎたり、騒がしかったりする <input type="checkbox"/> 特定の話題ばかりしたり、勝ち負けや順位にこだわったりする <input type="checkbox"/> 家庭や保育所、幼稚園などでの食事の途中や集団行動の場で席を離れる <input type="checkbox"/> 数字や文字などの学習や書くことが苦手である <input type="checkbox"/> 視力・聴力で気になることがある <input checked="" type="checkbox"/> 発達に遅れがあるとされたことがある⇒( <b>3才頃</b> ) (内容： <b>言葉</b> ) <input type="checkbox"/> パニックを起こしたことがある( <b>3才</b> <b>カ月頃</b> ) <input checked="" type="checkbox"/> けいれんを起こしたことがある( <b>3才</b> <b>頃</b> ) <input type="checkbox"/> 多動性障害や自閉症等の疑いがある⇒( <b>3才頃</b> ) ( <b>多動性障害・自閉症・他( )</b> ) ( <b>疑い・診断</b> )	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>「エピペン®注射液」は医師の治療を受けるまでの間、アナフィラキシー症状の進行を一時的に緩和し、ショックを防ぐための補助治療剤です。</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>おやつの準備に必要です。</b> </div>
食物アレルギー	無 ・ <b>有</b> ⇒原因食材( <b>卵</b> ) エピペン( <b>無</b> ・ 有 )	
学級(予定)	<b>通常学級</b> ・ 通常学級(通級指導) ・ 支援学級	平熱 <b>36.5</b> ℃
療育手帳	<b>無</b> ・ 有 (写しを添付)	身体障害者手帳 <b>無</b> ・ 有 (写しを添付)

\*この調査票は、支援員が児童を保育するうえで、他の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のものです。放課後児童クラブ利用のために使用し、それ以外に使用することはありません。

(注) 下記の承諾書に必ず署名をお願いいたします。

### 承諾書

- 1 子育て支援課が放課後児童クラブ利用の決定に当たり、申込児童及びその世帯員の住民基本台帳、生活保護受給状況、ひとり親家庭該当の有無その他必要な事項について確認を行うこと。
- 2 子育て支援課が申込児童の状況について、特別な配慮が必要であるか確認し、適切な指導を行う目的で、保育所・幼稚園・認定こども園・小学校等の関係機関に対し、問い合わせを行うことは必要な情報を照会し、提供すること。

上記のことについて承諾します。

令和 6 年 〇 月 〇 日

保護者氏名 **銭形 萬平**

手帳をお持ちの場合は、必ずコピーの提出をお願いします。

※支援員配置の参考にさせていただきます。