

【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)

消えるボールペンや修正液は使わないでください。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	
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-△-□	新年度(4月)の学年を記入してください。
保護者名	銭形 萬平 (父)・母・その	

お迎えは必ず18時までにお願ひします。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・長期休業期間等)

登所時間		
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、承認後、別途申立書の提出が必要です。)

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(迎えに来る可能性のある方全員記入してください。記載の無い場合は引き渡しできません。)

氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
銭形 福子	母	銭形 萬平	父		
常磐 すず	祖母				

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載してください。)

順位	ふりがな氏名	続柄	電話番号
1	ぜにがた 銭形 福子	母	000 - 0000 - 0000 (携帯 自宅・勤務先)
2	ぜにがた 銭形 萬平	父	000 - 0000 - 0000 (携帯・自宅・勤務先)
3	ときわ 常磐 すず	祖母	000 - 0000 - 0000 (携帯 自宅 勤務先)

順位	ふりがな氏名	続柄	電話番号
4	ぜにがた 銭形 眞		
5			
6			

けがや体調不良の時など緊急時に、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7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
		生年月日			健康状態(病名)等
父方	ぜにがた 銭形 忠男	70 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)	観音寺市大野原町 大野原□□-□	農業
	証明書類 有・無	S29.4.10	市外別居 不在		健康
母方	ぜにがた 銭形 眞由美	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)	同上	無職
	証明書類 有・無	S33.5.14	市外別居 不在		身体障害者手帳5級
母方		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) 市外別居 不在		死別
	証明書類 有・無	S . .			
母方	ときわ 常磐 すず	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) 市外別居 不在	観音寺市昭和町 〇-△-□	〇〇うどん
	証明書類 有・無	S31.11.2			健康

*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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒具体的に 喘息、アレルギー鼻炎	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。
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒具体的に 病名 (喘息) 薬の種類 (〇〇薬) 服用回数 (朝・昼・夜 1回ずつ) 振替休業や長期休暇預かり時に服用の必要はあります ※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。	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をお願いします。
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がありますか 無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒具体的に 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。	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> チェック☑を入れてください。特になし場合はこちらに☐を入れてください。 ☐特になし </div>	<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 <input type="checkbox"/> 家庭や保育所、幼稚園など <input type="checkbox"/> 数字や文字などの学習や <input type="checkbox"/> 視力・聴力で気になると <input checked="" type="checkbox"/> 発達に遅れがあると <input type="checkbox"/> パニックを起こしたこと <input checked="" type="checkbox"/> けいれんを起こしたこと <input type="checkbox"/> 多動性障害や自閉症等の疑いがある <input type="checkbox"/> 診断を受けたことがある⇒(多動性障害・自閉症・他	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ※「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。 </div>
食物アレルギー	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒原因食材 (卵 ・ ナッツ)	エピペン <input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有
学級 (予定)	<input checked="" type="radio"/> 通常学級 ・ 通常学級 (通級指導) ・ 支援学級	平熱 36 . 5 ℃
療育手帳	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 (写しを添付)	身体障害者手帳 <input checked="" type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 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、他の児童との関係、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、それ以外に使用しないでください。手帳をお持ちの場合は、必ず手帳の写しの提出をお願いします。

(注) 下記欄に必ず署名をお願いいたします。

承諾書

児童に心身の障がい等があると思われる場合は、受入れ態勢を考慮する必要がありますので、必ず記入をお願いします。なお、障がい等の有無は申請審査とは関係ありません。

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 7 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 銭形 萬平