別記

第１号様式(第５条)

児童クラブ加入申込書

令和　　年　　月　　日

横芝光町長　佐藤　晴彦　様

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者 | 住所　横芝光町  氏名  電話 |

横芝光町児童クラブに加入したいので、横芝光町児童クラブ条例施行規則第５条の規定により、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の  氏名 | | ふりがな | | | 性別 | | | 男・女 | |
|  | | | 生年  月日 | | | Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日 | |
| 児童の在学する  学校名 | | | | 横芝光町立　　　　　小学校　　学年(令和７年４月現在) | | | | | |
| 加入希望クラブ | | | | 児童クラブ | | | | | |
| 加入を希望する  理由 | | | | １　労働　　２　疾病　　３　その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用区分 | １　年間利用　２　長期休業のみ利用　３　その他（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 利用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 家族構成 | 続柄 | | 氏名 | | 年齢 | | 職業 | | 勤務先名又は学校名 |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
| 児童の情報 | | | １　障害者手帳の有無　　無　・　有  （身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳） | | | | | | |
| ２　アレルギーの有無　　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ３　その他特記事項　　　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 緊急連絡先(電話) | | | １ | | | (　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| ２ | | | (　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| ３ | | | (　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | |

別記

第１号様式(第５条)

**記入例**

児童クラブ加入申込書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

横芝光町長　佐藤　晴彦　様

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者 | 住所　横芝光町宮川１１９０２番地  氏名　横芝　光  電話　０９０－００００－００００ |

横芝光町児童クラブに加入したいので、横芝光町児童クラブ条例施行規則第５条の規定により、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の  氏名 | | ふりがな　よこしば　ひかりこ | | | 性別 | | | 男・女 | |
| 横芝　光子 | | | 生年  月日 | | | ・Ｒ　〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 児童の在学する  学校名 | | | | 横芝光町立　　ひかり小学校　〇学年(令和７年４月現在) | | | | | |
| 加入希望クラブ | | | | ひかり児童クラブ | | | | | |
| 加入を希望する  理由 | | | | １　労働　　２　疾病　　３　その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用区分 | １　年間利用　２　長期休業のみ利用　３　その他（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 利用期間 | 令和〇〇年４月１日　～　令和〇〇年３月３１日 | | | | | | | | |
| 家族構成 | 続柄 | | 氏名 | | 年齢 | | 職業 | | 勤務先名又は学校名 |
| 父 | | 横芝光　光 | | ○ | | 会社員 | | ○○○会社 |
| 母 | | 横芝光　一美 | | ○ | | パート | | ○○○会社 |
| 弟 | | 横芝光　次郎 | | ○ | | 無 | | ○○○保育園 |
| 祖父 | | 横芝光　一平 | | ○ | | 会社員 | | ○○○会社 |
| 祖母 | | 横芝光　一子 | | ○ | | パート | | スーパー　○○○ |
| 児童の情報 | | | １　障害者手帳の有無　　無　・　有  （身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳） | | | | | | |
| ２　アレルギーの有無　　無　・　有（卵・小麦　　　　　） | | | | | | |
| ３　その他特記事項　　　無　・　有（ぜんそく　　　　　） | | | | | | |
| 緊急連絡先(電話) | | | １　横芝光　一美 | | | (○○○‐××××‐□□□□) | | | |
| ２　横芝光　一子 | | | (○○○‐××××‐□□□□) | | | |
| ３　母勤務先（○○○会社） | | | (○○○○ ‐××‐ □□□□) | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | |

・横芝小学校

・横芝小学校第２

・上堺小学校

・ひかり

・白浜小学校

上記から選択し、

記入して下さい。