

## 令和8年度 綾町児童クラブ入会申請書

No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

綾 町 長 殿

申請者（保護者）住所 綾町 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 自宅（ ） \_\_\_\_\_  
携帯 父： \_\_\_\_\_  
母： \_\_\_\_\_

※下記の入会児童の入会を希望します。なお入会にあたりましては関係規定を遵守し指示に従います。

入会を希望 する児童名	ふりがな	性 別	男・女	地 区 名	
		生年月日	H・R	年 月 日	
学 年	令和8年4月以降の学年 綾小学校 年 組	就 学 前 の 状 況	( ) 幼稚園・( ) 保育 所 年 月 ~ 年 月		

※家族構成（同居家族は全員記入してください。）

入会児童の家族構成	氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は学校・学年等
		父	S・H 年 月 日	男	
		母	S・H 年 月 日	女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	
			S・H・R 年 月 日	男・女	

※電話番号等個人情報は児童クラブの目的以外に使用いたしません。

※入会を希望する理由（具体的に記入してください。）


※児童の状況

健康の状況	良好 ・ 病弱 （○で囲んでください。） ※病弱の場合、注意してほしい事項（アレルギー等）	
障がいのある場合	手帳・ 手当等	1 療育手帳（    —    ）      2 身体障がい者手帳（      級） 3 特別児童手当証書（      級）    4 医師又は児童相談所等の診断書
	障がい名：	
	症      状：	

※保護者の就労状況

	父親等の状況	母親等の状況
勤務先		
所在地 電話番号	TEL      （      ）	TEL      （      ）
勤務の状態	常 勤                      （週      日勤務） 非常勤                    （週      日勤務）	常 勤                      （週      日勤務） 非常勤                    （週      日勤務）
勤務時間	平 日   時   分～ 時   分まで 土曜日   時   分～ 時   分まで	平 日   時   分～ 時   分まで 土曜日   時   分～ 時   分まで
通勤時間	時間                      分	時間                      分
休      日	日曜日 ・ 土曜日（月      回） その他（                      ）	日曜日 ・ 土曜日（月      回） その他（                      ）
保護者が疾病等の場合		
氏名と続柄		病 名 等
状      況	入院・自宅療養・通院（週      回）	入院先等

※祖父母等の状況（緊急時の連絡先に必要です。必ず記入してください。）

父 方	同居・別 居	氏名：                      （TEL      ）	祖父      歳      就労 ・ 不就労
		住所：	祖母      歳      就労 ・ 不就労
母 方	同居・別 居	氏名：                      （TEL      ）	祖父      歳      就労 ・ 不就労
		住所：	祖母      歳      就労 ・ 不就労