/ 山	善建粨:	ı١
(#	祖青類 .	U

_年度 WARABE キンダーハウス入所申請書

Ν	O.
IN	IO.

社会福祉法人幸童の会 学童保育クラブ WARABE キンダーハウス 理事長 林カツミ あて

現住所	
フリガナ	
申請者名 (保護者)	(

※太枠内をもれなくご記入ください。

/•·V		/よへに言じ入へ/こと	. • •						
	フリガナ				性別	新規・更新	生年月日		
	児童名				男・女	(いずれかに〇印)	年	月	日
		大和市			1	自宅電話	_	_	
申	請者住所					携帯番号	_	_	
						メールアドレス			
学校	交名·新学年		小学	校	年				
	7	リガナ 	児童との	年齢		t名称·学校名	通常の退社	(下校)時	刻
児 童	E	氏 名	続柄	※4/1時点	※学校名、学	F・保育園等 年及び保育園等は ぎで記入してください。	通常の通勤](通学)時	間
本人							退社時刻:	:	
を							通勤時間: 片道	分	`
除 <							退社時刻:	:	
家							通勤時間: 片道	分	`
族 全							退社時刻:	:	
全員・							邇時間: 片道	分	`
親							退祉時刻:	:	
族							運動時間: 片道	分	`
同							退社時刻:	:	
居人:							通動時間: 片道	分	`
等							退社時刻:	:	
							邇時間: 片道	分 ————	`
	希望理由	1. 保護者が							
	該当する 番号 に をしてください。	2. 保護者が3. その他(1 /√ //NU//CU/)			
			年~	4月 1E	1入所予	 定			
		□添付書類	()		
	申請書類	□同時申請	NO.	に添付					
	添付書類						月 日 :)	
		(食物アレル	ギーを有する	5場合) 🗆	食物アレルギー	一に関する調査票			

児童健康等生活調査票

(キンダーハウス入所申請用)

申請者名			児童名				保育園·幼稚園名		
ふりがな						※新規申請	者のみ		
						上記連絡兒	ե		
	今までかかったこと	とがある病	気があればご言 	記入ください 	١,				
	おたふくかぜ	歳	ぜんそく	歳	虫垂炎	歳	渗出性中耳炎	歳	
1	水ぼうそう	歳	はしか	歳	風疹	歳	てんかん	歳	
	心臓病	歳	腎臓病	歳	ひきつけ	歳	結核	歳	
	川崎病	歳							
	現在、治療中の病気		<u></u> 痣・アレルギー	<u></u> 笙で服用し	 ている薬はあり	 いますか。			
<u> </u>	現は、 □ は い → →								
2	ロいいえ		· - · · · · · ·						
	食物アレルギーはる		-						
3	□はい→→	→ その食	食物は何ですか? どんな症状になりますか?						
	│□ いいえ								
\bigcirc	体温について	平熱			7				
4		1 7/1/2							
	視力・聴力で、気に		-						
⑤	\Box は い → → \Box どんなことですか?								
	□ いいえ								
	集団生活をしてい	-		がありますが	か。(性格・運動	加を含めて))		
6	□はい→→	→ どんな	ことですか?	とですか?					
	□ いいえ								
	発達について医療	機関または	保育園や幼稚	<u></u> 園などで指	商されたことに	よありますか 。)		
	入所後の生活を安	心して過ご	゚せるように、で	きるだけ現	在の状況を詳	しくご記入く	ださい。		
	□はい→→	→ □ <u>医</u> 疗	寮機関(医療機	関名:)	
7	□ いいえ		□診断あり(タ	□診断あり(症状・診断名等:)	
			□診断なし						
		'''	育園・幼稚園・す	「くすく子育	て課など				
		(指	摘内容:)	
	特別支援学級(わかくさ級)への在籍予定、または在籍を検討されていますか。								
8	⑧ □はい								
	□ いいえ								
	その他、心配ごとや	<u>ーーー</u> やキンダー	 で配慮してほし	いことはあり					
9	□はい→→	→ ₹れは	、、どんなことです	か?					
	□ いいえ								

申請書類や面接の様子で気になることがあった場合に、通園している幼稚園・保育園などにお子さまの様子を 直接お聞きすることがありますので、連絡先を忘れずご記入ください。

就 労 証 明 書 (大和市放課後児童クラブ申請用)

┸┸┑┷⋿	
大和市長	夗

証明日	西暦	年	月	日
事業所名				
代表者名				
所在地				
電話番号		_	_	
担当者名				
記載者連絡先			<u> </u>	

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目				記載欄				
		□ 農業・林業	□漁業	□ 鉱業・採	石業・砂利採取業	□建設業□	製造業	電気・ガス・熱供	給・水道業
1	業種	□ 情報通信業	□ 運輸業・郵便業	□ 卸売業・	小売業	□ 金融業・保険	業	不動産業・物品賃	貸業
'	未性	□ 学術研究・専	門・技術サービス	□ 宿泊業・	飲食サービス業	□ 生活関連サー	ビス業・娯楽業	□ 医療・福祉	
		□ 教育・学習支	援業 □ 複合サービ	ス事業 □ 公務	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	□ その他(Т)	
2	フリガナ						生年		
	本人氏名						月日	年 ————	月 日
3	雇用(予定)期間等	□無期□	有期(無期の場	期間 場合は雇用開始日のる	年	月	日 ~	年 月	日
		名称			-				
4	本人就労先事業所	 住所							
			<u> </u> パート・アルバイト	□ 派遣社員		□ 会計年度	任用職員 □	非常勤・臨時職員	
5	雇用の形態	│ □ 自営業主 □	自営業専従者	□ 家族従業		□ 業務委託		אייייי מדנוון)
		月火水木	金 土 日	40 D	.=1		`	/ ~ 土 /上壬白□十日	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
					間月間	時間	分	(うち休憩時間	分)
	就労時間	一月当たりの就	労日数 月間	•	日 一週当た	:りの就労日数	週間	日	
	(固定就労の場合)	平日	時 分	~	 時	分 (-	 うち休憩時間	分)	
6		土曜	時 分	~	時	分 (?	うち休憩時間	分)	
		日祝	時 分	~	F/J		うち休憩時間		
	<u>ተኔ ነሃ </u>	合計時間	□月間□□	週間	時間	分 (?	うち休憩時間	分)	
	就労時間 (変則就労の場合)	就労日数 主な就労時間帯	□ 月間 □	週間	<u> </u>				
		・シフト時間帯	時	分 ~	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	分(?	うち休憩時間 	分) ————————————————————————————————————	
7	就労実績	年月	年	年月	年	月	年月	年	月
,	※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	日/	/月 時間/	/月	日/月	時間/月		日/月	時間/月
	辛並 辛後仕業の 取得	□ 取得予定	□ 取得中	•	-		•	-	
8	産前・産後休業の取得 ※取得予定を含む	期間	年 月		~				
		 □ 取得予定		 取得済み		<u> </u>			
9	育児休業の取得 ※取得予定を含む								
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	期間	年 月	日 ~	年 月	日			
10	産休・育休以外の休業の	□ 取得予定	□ 取得中 □	取得済み	 理由 □ 介護	養休業 □ 病位	木 □ その	D他()
	取得	期間	年 月	日 ~	年 月	日			
11	復職(予定)年月日	□ 復職予定	□復職済み	年	月	日			
	育児のための短時間	□ 取得予定	□ 取得中	期間	年	月 日	~	年 月	日
12	勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	主な就労時間帯	時	 分 ~	 時		 うち休憩時間	分)	
13	保育士等としての勤務実	・シフト時間帯	<u> </u>			,, ,,		727	
	態の有無 (雇用契約の)満了後の								
14	更新の有無	□ 有 □ 有	(予定) □ 無	□ 未定 					
15	入所内定時育休短縮可否	□可□□	(予定) □ 否						
16	育休延長可否	□可□可	(予定) □ 否		年 月	日 ~	年	月	日
17	単身赴任期間 (予定会な)		年 月	日 ~	年 月	日			
	(予定含む)								
18	備考欄								
19	保護者記載欄	通勤方法及び		目家用車(バイ	ク含む) 🗌 電車	□ 自転車			 分
13	医甲甲二甲	通勤時間	□ 徒歩 □ ਰ	その他() ※証明書の右効期間			

※証明書の有効期間は、発行月の翌月から数えて6か月目の末日までです

学童保育クラブ WARABE キンダーハウスの利用に関する同意書

理事長 林力ツミ あて

	声 佰
	事項
	WARABE キンダーハウスは、子どもたち一人ひとりの「できる」「できない」を共に尊重し、仲間と切磋琢
1	磨しながら成長していける環境づくりを理念としています。 その中で、互いを認め合い、支え合う経験を通
	して、思いやりと自立心を育むことを大切にしています。この理念を理解し、これに賛同したうえで、本クラ
	ブを利用すること。
2	児童の健全育成のため、必要に応じ、保育園、学校及び関係機関と児童の生活状況等に関し、情報交換や情
	報共有を図ること。
3	医療行為を必要とする児童は入所できないこと。(WARABEキンダーハウスは集団生活の場であり、個別
3	に児童の保育をすることはできません。)
	クラブでの生活の様子により、必要に応じ、今後の保育の進め方についてご相談させていただく場合がある
4	こと。(集団登所も含む)
_	お迎え時間を継続的に超過する場合や、育成料を1ヶ月以上にわたり滞納した場合には、入所承認を取り消
5	すことがあること。
	集団における指導が困難と認められる場合や保護者・児童にかかわらず、当クラブのルールが守れず、迷惑
6	な行為を繰り返し行い、改善の意思が見られない場合は、入所承認が取り消される場合があること。
	各自の責任で車送迎を利用すること。また、車送迎を利用する場合は安全のためにルールを厳守すること。
7	 尚、近隣環境の変化に伴い、車送迎ができなくなる場合があること。
	※当クラブでは車送迎における事故や盗難等のトラブルにつきましては一切責任を負いません。
	 申請書類等に重大な不備不足があった場合や虚偽の申請があった場合は、入所承認が取り消される場合が
8	あること。
	新規入所者対象の入所説明会は実施いたしません。
9	入所のしおりを一読いただき、内容を理解した上で利用をすること。
	※入所承認通知書送付後に「入所のしおり(PDF版)」をメールにて送信します。
	WARABE キンダーハウスからのお知らせはメールを活用します。メールの必要性を理解し、登録すること。
10	また、お知らせのメールは必ず確認をすること。
	学校登校日は学年ごとの登所チームでキンダーハウスまで帰ってきます。集団登所ルールを理解し、厳守す
11	ること。また、特別支援学級に在籍している等、特別に支援が必要な児童については、ご相談の上、個別の
	対応をお願いする場合があります。
	食物アレルギーを有する場合は、必要書類を期日までに必ず提出すること。また、書類に不備・不足がある
	場合は、食べ物(おやつを含む)の提供を一切できないこと。
12	キャンプ等の行事で食べ物を提供する機会がありますが、全てのアレルギーに対応することは困難なため、
	ヤヤンノ寺の行事で良べ物を提供する機会がありますが、主てのアレルギーに対応することは困難なため、 内容によっては提供できない場合があり、ご家庭にて代替食をご用意いただく場合があること。
	「3百にのノミの泥穴くこのい物目が必入。こ外庭にて「4目及でこ用心がににて物目が必じこ。

学童保育クラブ WARABE キンダーハウスの利用にあたり申請者及び同居する家族が、全ての事項について確認し、同意いたしました。

年 月 日

年度 新規入所申請者 確認シー

No.1

ふりがな	性別
児童名	男・女

以下の	質問にお答えくたさい。	
	キンダーハウス以外の学童を申請していますか?(予定も含む)	□ はい □ いいえ
Q1	「はい」とお答えになった方のみ	①該当する学童クラブにチェックを入れてください。 □ 放課後児童クラブ □ ハッピーキッズ □ レインボークラブ □ その他()
		②キンダーハウスの 志望順位は何位ですか? 位
Q2	キンダーハウスを希望する理由を教えてください。	
Q3	お子さまの性格等について教えてくださ い。	短所
		得意なこと(好きなこと)
Q4	お子さまの遊び等について教えてくださ	サエナ、ーレ(サキキェ) ナ、ー レ)
	ال.	苦手なこと(嫌いなこと)

年度 新規入所申請者 確認シート

No.2

Q5	ご家庭での教育方針を教えてください。 (子育てで大切にしていることなど)	
	現在、習い事はされていますか? (入学後の予定も含めて) 「はい」とお答えになった方のみ	□ はい □ いいえ
Q6	現在(または人字後に予定されている 習い事(教室名等) 曜日	もの)、通っている習い事をすべてご記入ください。 日 時間帯 主な送迎者 : ~ : : ~ : : ~ : : ~ :
Q7	お子さまの状況や家庭の事情等でキンダーに知っておいてほしいことがあればご記入ください。	
Q8	質問等があればご記入ください。 ※できるだけ詳しくお願いします。	
施設記。	入欄	

WARABEキンダーハウス 食物アレルギーに関する調査票

年 月 日 記入日:

保護者名:	(P)

(該当する項目に	✔印をつけてください。)
児童名	
診断書 (有・無)	診断名: 発症時期: 年 月頃(歳 ヶ月頃) 医療機関名: 電話番号: 主治医名:
かかりつけ 医療機関	電話
担当医	番号
原因食物	□卵 □乳 □小麦 □落花生 □大豆 □そば □えび □かに □その他()
	食物名 具体的な症状
	□不明 □ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()
	□不明 □ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()
	□不明 □ある ショック・呼吸困難・咳・嘔吐・じんましん・湿疹・かゆみ その他()
	アナフィラキシーの既往症 □あり(原因食物:) □なし 発症年月日: 年 月 日 発症時の治療について: 発症後の経過について:
	緊急時の対応
処方薬	内服薬 □なし □あり(薬剤名:) 外用薬 □なし □あり(薬剤名:) アドレナリン自己注射薬 □なし □あり
受診間隔	□3ヶ月 □6ヶ月 □12ヶ月 □未定 最近の受診日(年 月 日)
緊急連絡先	① (自宅·携带·職場/続柄:)
	② (自宅・携帯・職場/続柄:)
	③ (自宅·携带·職場/続柄:)
その他 連絡事項	