

昭和小学校アフタースクール利用申込書（スポット登録）

申込日

年 月 日

児童 氏名	ふりがな 令和 年度 年 組 印	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日	児童写真添付 ※写真の裏に必ず 氏名、学年、組を 記入してください			
住所	〒 ※最寄り駅・バス停名（ ）から 学校まで 時間 分		登録電話番号 登録用メールアドレス				
希望する利用予定時期をご記入ください（分かる範囲で結構です）							
利用される主な理由							
★緊急連絡先（優先順位順）							
①氏名(続柄)	緊急連絡先	②氏名(続柄)	緊急連絡先				
③氏名(続柄)	緊急連絡先	④氏名(続柄)	緊急連絡先				
下記はお子様の最新の情報を正確にご記入ください							
身長：	cm	体重：	kg	平熱：	度 分	視力：右	左
■既往歴を○で囲んでください 百日咳・はしか・おたふくかぜ・風疹・水痘・プール熱・結核・腸管出血性大腸菌感染症・はやり目・急性出血性結膜炎・溶連菌感染症・手足口病・とびひ・肺炎・川崎病・喘息・結核・突発性発疹・ひきつけ・脱臼・その他 ()							
■アレルギー： ある ・ ない							
原因	症状	処置	対処方法				
■通院の有無： ある ・ ない 病名 ()							
■健康面等他、特に注意することがあればご記入ください							