

昭和小学校アフタースクール登録申込書

申込日 2025 年 11 月 17 日

登録形態 ☒ 定期登録 ☐ スポット登録 (該当する方にチェックを入れてください)

児童 氏名	ふりがな しょうわ きょうせい	☒ 男 ・ ☐ 女	生年月日 2019 年 4 月 2 日		児童写真添付 ※写真の裏に 氏名を記入してください
	昭和 共生		2026 年度 1 年生	探求・ ☒ 国際	
住所	〒 154-0004 東京都世田谷区太子堂 1-4-17 fビル1 階		登録電話番号 03-6413-8350		
	※ 電車 ・ バス ・ ☒ 徒歩 最寄り駅・バス名 () から 学校まで 時間 10 分		登録用メールアドレス aschool@kshowa.or.jp		
★緊急連絡先(優先順位順)					
①氏名(続柄) 昭和 共子(母)		緊急連絡先 090-XXXX-XXXX		②氏名(続柄) 昭和 共(父)	
③氏名(続柄) 昭和 生子(祖母)		緊急連絡先 090-XXXX-XXXX		緊急連絡先 03-XXXX-XXXX	
		④氏名(続柄) 昭和 生(祖父)		緊急連絡先 03-XXXX-XXXX	

定期登録者は下記をご記入ください

利用希望曜日
☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金

スポット登録者は下記をご記入ください

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)

保護者情報をご記入ください

続柄	氏名 (生年月日)	勤務先	直通電話番号
母	ふりがな しょうわ きょうこ 昭和 共子 (1982 年 4 月 2 日)	株式会社 保護者氏名等、全て漏れなくご記入ください 緊急連絡先が繋がらない場合、 直通電話にご連絡する場合もございます	03-XXXX-XXXX
	ふりがな しょうわ とも 昭和 共 (1980 年 4 月 2 日)		03-XXXX-XXXX

児童の最新の情報をご記入ください

■平熱: 36.2 ℃			
■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 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: ☒ あり ☐ なし ありの方は下記をご記入ください			
原因	程度	症状	同一製造ライン
ピーナッツ・くるみ	軽度・中度・ ☒ 重度	アナフィラキシー	可・ ☒ 不可
生卵(加熱すればOK)	☒ 軽度・中度・重度	口のかゆみ	☒ 可・不可
	軽度・中度・重度		可・不可
■通院の有無: あり・ ☒ なし 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			