

大府市教育委員会 殿

●保護者記入欄

放課後クラブ名	放課後クラブ				※学年は入所する年度の学年をご記入ください。
学 年	年	年	年	年	年
児 童 氏 名					
傷病者等住所	大府市				
傷病者等氏名	フリガナ.....	上記の児童と 〔同居・別居〕している			児童からみた 続柄
介(看)護者氏名	フリガナ.....	上記の児童と 〔同居・別居〕している			児童からみた 続柄
下記の理由により 放課後クラブで 児童の育成が 必要な時間等	曜日 (○をつけてください)	放課後クラブで児童の育成が必要な時間			
	月・火・水・木・金・土	.....時.....分	~	.....時.....分	のうち.....時間
	月・火・水・木・金・土	.....時.....分	~	.....時.....分	のうち.....時間
	月・火・水・木・金・土	.....時.....分	~	.....時.....分	のうち.....時間

上記のとおり相違ないことを申告します。

保護者名 _____

●医療機関記入欄 ※①~④を全てご記入ください。

① 傷病者等氏名		
② 傷病名等		
③ 発病日等	.....年.....月.....日	
④ 治療等の状況 ※該当項目にチェックし、 A~Eの必要事項を記入してください。	<input type="checkbox"/> 通院 (下記A・B・Dを記入してください) <input type="checkbox"/> 家庭での介(看)護(通院含む) (下記A・C・Dを記入してください) <input type="checkbox"/> 入院 (下記Eを記入してください)	
	⑤ 通院頻度	月に.....日
	⑥ ②の傷病等による 児童育成への支障 有無	<input type="checkbox"/> 児童の育成に概ね支障なし <input type="checkbox"/> 常時児童の育成が困難(下記へ理由を具体的に記入してください) <児童の育成が困難と判断する理由>
	⑦ 介(看)護の状況	<input type="checkbox"/> 月に.....日 <input type="checkbox"/> 常時 <介(看)護の内容を具体的に記入してください>
	⑧ 治癒の見込み	<input type="checkbox"/> 有 → [<input type="checkbox"/>年.....月 <input type="checkbox"/> 未定] <input type="checkbox"/> 無
	⑨ 入院期間	.....年.....月.....日から.....年.....月.....日まで

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証明者 住 所 _____

病 院 名 _____

担当医師 _____ ⑩

Tel _____

(注)教育委員会が放課後クラブでの育成が必要と判断できない場合は入所出来ません。

(注)事実と相違した場合は放課後クラブの入所を取り消すことがあります。