

令和 年 月 日

申請者（保護者）  
住所 〒

高松市

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

## ハブラボ入会申請書

ふりがな			性別	生年月日		小学校名		学年
児童氏名			男・女 その他	平成 令和	年 月 日	小学校		年
入会希望日	令和 年 月 日	利用形態	<input type="checkbox"/> 月曜日から金曜日 利用 <input type="checkbox"/> 月曜日から土曜日 利用		週 日利用予定			
保護者の状況								
氏名		続柄	生年月日	保護監督できない理由		勤務先	出勤時刻	帰宅時刻
				就労・( )			:	:
				就労・( )			:	:
連絡先	自宅電話番号							
	携帯電話番号 (続柄 )				携帯電話番号 (続柄 )			
	勤務先電話番号 (続柄 )				勤務先電話番号 (続柄 )			
祖父母の状況								
続柄	氏名	年齢	就労の有無	住所地（申込児童との同居の別及び同居でないの場合の住所）				
父	祖父		有・無	同居・校区内・その他				
方	祖母		有・無	同居・校区内・その他				
母	祖父		有・無	同居・校区内・その他				
方	祖母		有・無	同居・校区内・その他				
父・母・祖父母を除く、同一住所に住んでいる人（敷地内同居を含む）					緊急連絡先（優先順位の高い順に記入）			
氏名		続柄	年齢	勤務先又は学校名等	電話番号	続柄等	送迎	
					1			
					2			
					3			
					4			
学校指定変更（越境入・通学）及びその事由				留守家庭児童での越境の場合の身元引受人				
している・していない		留守家庭児童・その他		氏名			続柄	
免除申請		夏休み期間の利用について		健康状況（病歴・手術歴等）			服用中の薬	
する・しない		休会する・休会しない						
入会を希望する児童が下記に該当する場合は□にレ印を記入してください。					アレルギー等		かかりつけの病院等	
<input type="checkbox"/> 身体障害手帳又は療育手帳の交付を受けている <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書を持っている <input type="checkbox"/> 公的機関等により障がいを有していると認められている <input type="checkbox"/> 小学校の特別支援学級に在籍している <input type="checkbox"/> 医療的ケアを必要としている								
					その他、集団生活をするうえで伝えておきたいこと			

※記入もれがないよう、消せないペンで記入してください。

写真掲載について（可・顔が見えなければ可・不可）※HP、SNS、印刷物等で活用させていただくものです。